

## Lista obecności studentów na praktykach zawodowych

Nazwa przedmiotu prowadzonych zajęć: .....

Imię i nazwisko opiekuna praktyk:.....

Nazwa JSOZ\* , w której realizowane są praktyki zawodowe:.....

.....

Nazwa oddziału JSOZ\*:.....

Kierunek studiów prowadzonych praktyk: .....

Semestr (właściwe zaznaczyć): zimowy/ letni

Rok akademicki: .....

Data odbywania praktyki zawodowej: .....

L.p.	Informacja o IOS	Data	Imię i nazwisko studenta/ki	Podpis studenta/ki
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
.....				

.....  
Podpis opiekuna praktyk

\*JSOZ- Jednostka Systemu Ochrony Zdrowia (POZ, NZOZ, SPZOZ etc.)

L.p.	Informacja o IOS	Data	Imię i nazwisko studenta/ki	Podpis studenta/ki
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
.....				

.....  
Podpis opiekuna praktyk