

Lista obecności studentów na praktykach zawodowych

Nazwa przedmiotu praktyk zawodowych:

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:

Imię i nazwisko studenta odbywającego praktyki:

Posiada IOS: TAK NIE - *podkreślić odpowiednie*

L.p.	Data	Podpis studenta/ki
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		

.....
Podpis opiekuna praktyk

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