

.....
(nazwa Uczelni)

.....
(nazwa Instytutu)

Kierunek studiów:

Praktykant: Nr albumu.: Rok akademicki: 201.../201...

Miejsce praktyki (pełna nazwa podmiotu leczniczego):
.....

Szpitalny opiekun praktyki:

Uczelniany opiekun praktyki:

LISTA OBECNOŚCI PRAKTYKANTA NA ROZWOJOWEJ PRAKTYCE STUDENCKIEJ

Część rozliczeniowa praktyki: 1 / 2 / 3 / 4 / 5*

L.p.	Miejsce realizacji praktyki	Data	Liczba godzin	Podpis praktykanta	Podpis szpitalnego opiekuna praktyki
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
Część rozliczeniowa:	Łącznie:				
Ilość dni rozliczeniowych:	Wymagane:	Godz.			

Zweryfikowano i zaakceptowano do wypłaty stypendium

.....
Data

.....
(Czytelny podpis uczelnianego opiekuna praktyki)

*) *podkreślić właściwą część*



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

