

.....
(nazwa Uczelni)

.....
(nazwa Instytutu)

Kierunek studiów:

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

Miejsce praktyki (instytucja/firma):
.....
.....

Termin realizacji praktyki:

Uczelniany Opiekun Praktyki:.....

SZCZEGÓŁOWY HARMONOGRAM ROZWOJOWEJ PRAKTYKI STUDENCKIEJ

L.p.	(Miejsce realizacji praktyki – pełna nazwa podmiotu leczniczego)	Planowana liczba dni /godzin rozliczeniowych
Część 1/5 – po 2 semestrze nauki na kierunku Pielęgniarstwo		
		40
Część 2/5 – po 3 semestrze nauki na kierunku Pielęgniarstwo		
		10
Część 3/5 – po IV semestrze nauki na kierunku Pielęgniarstwo		
		40
Część 4/5 – po V semestrze nauki na kierunku Pielęgniarstwo		
		10
Część 5/5 – po VI semestrze nauki na kierunku Pielęgniarstwo		
		10
Uzgodniono w dniu:		Łącznie 110 dni /770 godzin
		Wymagana 110 dni /770 godzin

Projekt
wsp



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Szpitalny Opiekun Praktyki:
(Czytelny Podpis)

Uczelniany Opiekun Praktyki:
(Czytelny Podpis)

Praktykant:
(Czytelny Podpis)

Projekt
wsp



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



ófinansowany ze Źródków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego