

.....  
pieczęć nagłówekowa jednostki

### ZAŚWIADCZENIE

**o wykonywanych czynnościach w ramach zadań realizowanych przez podmioty lecznicze lub służby sanitarnoepidemiologiczne w okresie pandemii Covid-19**

Imię i nazwisko studenta	Numer albumu	Rok/Semestr	Rodzaj studiów
			pierwszego stopnia drugiego stopnia
Nazwa oddziału	Wymiar pracy wykonanej przez studenta (liczba godzin)		
Zakres pracy wykonywanej przez studenta w poszczególnych dniach (opis)			

.....  
data, pieczęć i podpis opiekuna z ramienia jednostki

DZIEKAN  
Wydziału Nauk Medycznych i Technicznych  
*dr Jacek Falkenberg*