KANS
Wydział Nauk Medycznych i Technicznych

LISTA OBECNOŚCI STUDENTA NA PRAKTYKACH ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko Studenta: ……

Nr albumu: ……

Kierunek studiów: Pielęgniarstwo, studia stacjonarne I stopnia **Rok studiów:** …….. **Semestr:** ……

Praktyka zawodowa w ramach przedmiotu: ……

……

Liczba godzin do zrealizowania: ……

Miejsce realizacji praktyk zawodowych ……

……

Data realizacji praktyki zawodowej	Godziny od - do	Liczba godzin	Czytelny podpis studenta	Czytelny podpis opiekuna zakładowego