

.....
/pieczętka Uczelni/

KARTA PRAKTYK STUDENCKICH
rok akad.

Imię i nazwisko studenta

Rok studiów

Adres stałego zamieszkania:.....

1/Termin praktyki: od do
Liczba dni roboczych:

2/Miejsce praktyki/oddział, przychodnia, pogotowie, obóz naukowy,
koło naukowe/:

3/Główne czynności wykonywane podczas praktyki/zgodnie z ramo-
-wym programem praktyk/:

.....
/podpis studenta/

4/Opinia o pracy studenta i przebiegu praktyki; zaliczenie
praktyki /Kierownik Kliniki, Dyrektor Szpitala, Kierownik
Przychodni, Ordynator Oddziału/ :

.....
/pieczętka jednostki
organizującej praktykę/

.....
/podpis i pieczęć
zaliczającego /

Uwagi studenta:.....

Uwagi Dziekanatu:.....

Obowiązującą praktykę po roku w roku akad.
zaliczam.