Załącznik nr 5

 **Lista obecności na praktykach zawodowych studentów kierunku pielęgniarstwo**

Imię i nazwisko studenta………………………………………………………………………...

Semestr studiów……………………………………………………………………...................

Przedmiot………………………………………………………………………………………..

Liczba godzin …………………………………………………………………………………...

Miejsce realizacji praktyk zawodowych………………………………………………………...

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Data | Podpis studenta | Czytelny podpis opiekuna  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 …………………………………………… ………………………………

 Podpis opiekuna praktyk i pieczęć pieczęć placówki