



.....
(pieczętka uczelni)

Warszawa, dnia

Potwierdzenie odbycia ćwiczeń klinicznych

Imię i nazwisko

Nr albumu semestr tryb studiów.....

Miejsce realizacji ćwiczeń (nazwa i adres zakładu pracy):

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(pieczętka zakładu pracy)

Data rozpoczęcia

Data zakończenia

Zakres prowadzonej działalności zakładu, w którym odbywały się ćwiczenia:

.....
.....
.....



KARTA TYGODNIOWA

Zakres tematyczny oraz liczba godzin:

Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć Uwagi, obserwacje i wnioski studenta co do wykonywanej pracy

Ocena

.....
pieczęć i podpis opiekuna ćwiczeń



Opinia opiekuna praktykanta z ramienia firmy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis opiekuna praktyk z ramienia firmy)