**Załącznik nr 9** do Regulaminu

praktyk zawodowych dla studentów

kierunku lekarskiego

**SPRAWOZDANIE Z PRZEBIEGU PRAKTYKI ZAWODOWEJ STUDENTÓW**

**NA KIERUNKU LEKARSKIM**

Rok akademicki: ……………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię studenta** | **Nr albumu** | **Rok studiów** | **Nazwisko opiekuna praktyki w placówce** | **Miejsce odbywania praktyki; dokładna nazwa i adres placówki** | **Termin odbycia praktyki** | **Ocena z praktyki** | **Podpis opiekuna praktyki z ramienia Uczelni** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

………………………………………………………..…………… …………………………………………………………...

Podpis Opiekuna praktyk z ramienia Uczelni Podpis Dziekana