

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego

Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Pieczęć podmiotu leczniczego

**Sprawozdanie z praktyki zawodowej**  
**Kierunek: Pielęgniarstwo**

Praktyka zawodowa w zakresie.....

Opiekun praktyki zawodowej.. ..

Rok studiów ..... Semestr ..... Grupa .....

Okres realizacji praktyki od..... do .....

| Lp | Imię i nazwisko studenta | Praktyka zawodowa /data /ob/nb |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Liczba godzin |     |
|----|--------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|-----|
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               | Zal |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |
|    |                          |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |     |

\*w sprawozdaniu należy uwzględnić wszystkich studentów (również nieobecnych); można wpisać dwie grupy w przypadku POZ, intensywnej terapii i pielęgniarstwa w intensywnej opiece, pielęgniarstwa pediatrycznego. Wydrukować dwustronnie.

Potwierdzam realizację

.....  
Kierownik ds. Studenckich Praktyk Zawodowych

.....  
Prowadzący (czytelny podpis/pieczętka)

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Pieczęć podmiotu leczniczego

### Ocena studenta

| Lp. | Nazwisko i imię studenta | Ocena za czynność |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ocena końcowa |
|-----|--------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |
|     |                          |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |

*Prowadzący praktykę*  
*(czytelny podpis/pieczątka)*