

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

Wiedza

Pieczęć podmiotu leczniczego

**Sprawozdanie z zajęć praktycznych**  
**Kierunek: Pielęgniarstwo**

Zajęcia praktyczne w zakresie.....

Nauczyciel akademicki .....

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

Okres realizacji zajęć od..... do .....

Lp	Imię i nazwisko studenta	Zajęcia praktyczne /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 Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

Wiedza

Pieczęć podmiotu leczniczego

### Ocena studenta

Lp.	Nazwisko i imię studenta	Ocena za czynność										Ocena końcowa

*Prowadzący zajęcia*

*(czytelny podpis/pieczątka)*