

# LISTA OBECNOŚCI STUDENTA NA PRAKTYKACH ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko Studenta: ..... Nr indeksu: .....

Kierunek: Pielęgniarstwo, studia I stopnia Rok studiów: .....

Wydział Medyczny. Collegium Medicum  
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

NAZWA PRZEDMIOTU:.....

TERMINY REALIZACJI PRAKTYK	GODZINY PRAKTYK (OD -DO)	IŁOŚĆ GODZIN DYDAKTYCZNYCH	PODPIS OPIEKUNA
		<b>ŁĄCZNIE:</b>	

.....  
Podpis Pełnomocnika Dziekana ds. Praktyk