Załącznik nr 1 do Zaleceń Kolegium Dziekańskiego WNoZ WUM z dnia 17.11.2020 r.

……….…………………

Miejscowość, Data

…………………………………..

Pieczęć zawierająca nazwę

podmiotu leczniczego i oddziału

ZAŚWIADCZENIE

Student ………………………………………………….….….…………….. w terminie *…………………..……….………..*  Imię i nazwisko

w wymiarze *godzin ….…………………………………….* wykonywał czynności w ramach zadań realizowanych przez podmiot leczniczy ……………………………………………..…………………………...

Nazwa podmiotu leczniczego

w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

Student zrealizował efekty uczenia się obejmujące następujące umiejętności praktyczne przypisane do przedmiotu ……………………………………………………………………………….. .

WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH:

Lista zgodna z tokiem studiów/ z dzienniczkiem praktyk

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………….…..
3. ………………………………………………………………………………………………………………………………..….
4. ………………………………………………………………………………………………………………………………..….
5. ………………………………………………………………………………………………………………………………….…
6. …………………………………………………………………………………………………………………………………….
7. …………………………………………………………………………………………………………………………………….
8. …………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………..

pieczęć i podpis

przedstawiciela podmiotu leczniczego