……….…………………

Miejscowość, Data

…………………………………..

Pieczęć zawierająca nazwę

podmiotu leczniczego i oddziału

ZAŚWIADCZENIE

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

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

 Nazwa podmiotu leczniczego

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