(podpis i pieczątka pracownika Zakładu Pracy)

Załącznik nr 5

Lista obecności na praktykach zawodowych studentów kierunku ratownictwo medyczne

Imię i nazwisko studenta

Semestr studiów

Przedmiot

Liczba godzin

Miejsce realizacji praktyk zawodowych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Podpis studenta** | **Czytelny podpis opiekuna** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

………………………………….. ………………………………….

Podpis opiekuna praktyk i pieczęć pieczęć placówki