

# KARTA OCENY STUDENTA PRAKTYKI ZAWODOWE

**Imię i nazwisko studenta** .....

**Numer albumu** .....

Nabór 2022/2023

.....  
pieczęć i podpis Koordynatora kierunku Pielęgniarstwo

Nazwisko i imię studenta:.....

Karta oceny/ samooceny studenta

Rok akademicki .....

Rok studiów II, semestr III

<b>Choroby wewnętrzne i pielęgniarstwo internistyczne</b>		
Miejsce realizacji praktyk zawodowych (pieczęć placówki)		Liczba godzin: 30
<b>Samoocena studenta</b>		
Podpis studenta		
<b>Opinia nauczyciela/opiekuna praktyki zawodowej</b>		
Podpis opiekuna praktyk zawodowych		

Nazwisko i imię studenta:.....

Karta oceny/ samooceny studenta

Rok akademicki .....

Rok studiów II, semestr III

<b>Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne</b>		
Miejsce realizacji praktyk zawodowych (pieczęć placówki)		Liczba godzin: 80
Samoocena studenta		
Podpis studenta		
Opinia nauczyciela/opiekuna praktyki zawodowej		
Podpis opiekuna praktyk zawodowych		

Nazwisko i imię studenta:.....

Karta oceny/ samooceny studenta

Rok akademicki .....

Rok studiów II, semestr III

<b>Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne</b>		
Miejsce realizacji praktyk zawodowych (pieczęć placówki)		Liczba godzin: 30
Samoocena studenta		
Podpis studenta		
Opinia nauczyciela/opiekuna praktyki zawodowej		
Podpis opiekuna praktyk zawodowych		

Nazwisko i imię studenta:.....

Karta oceny/ samooceny studenta

Rok akademicki .....

Rok studiów II, semestr IV

<b>Podstawowa opieka zdrowotna</b>		
Miejsce realizacji praktyk zawodowych (pieczęć placówki)		Liczba godzin: 160
<b>Samoocena studenta</b>		
		Podpis studenta
<b>Opinia nauczyciela/opiekuna praktyki</b>		
		Podpis opiekuna praktyk zawodowych

Nazwisko i imię studenta:.....

Karta oceny/ samooceny studenta

Rok akademicki .....

Rok studiów II, semestr IV

<b>Choroby wewnętrzne i pielęgniarstwo internistyczne</b>		
Miejsce realizacji praktyk zawodowych (pieczęć placówki)		Liczba godzin: 100
Samoocena studenta		
Podpis studenta		
Opinia nauczyciela/opiekuna praktyki zawodowej		
Podpis opiekuna praktyk zawodowych		

Nazwisko i imię studenta:.....

Karta oceny/ samooceny studenta

Rok akademicki .....

Rok studiów II, semestr IV

<b>Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne</b>		
Miejsce realizacji praktyk zawodowych (pieczęć placówki)		Liczba godzin: 110
Samoocena studenta		
		Podpis studenta
Opinia nauczyciela/opiekuna praktyki zawodowej		
		Podpis opiekuna praktyk zawodowych

Nazwisko i imię studenta:.....

Karta oceny/ samooceny studenta

Rok akademicki .....

Rok studiów II, semestr IV

<b>Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej</b>		
Miejsce realizacji praktyk zawodowych (pieczęć placówki)		Liczba godzin: 40
Samoocena studenta		
		Podpis studenta
Opinia nauczyciela/opiekuna praktyki zawodowej		
		Podpis opiekuna praktyk zawodowych