

Rok akademicki.....

Zaświadczenie zaliczenia praktyk zawodowych

KIERUNEK: Pielęgniarstwo – studia stacjonarne Rok Semestr.....

RODZAJ ZAJĘĆ: Praktyka zawodowa

PRZEDMIOT:

LICZBA GODZIN:.....

PROWADZĄCY:.....

(imię i nazwisko)

MIEJSCE REALIZACJI (ODDZIAŁ):

(pieczęć oddziału)

NAZWISKO i IMIĘ STUDENTA:

	Data realizacji	Godziny od.... do....	Zrealizowano godzin dydaktycznych	Podpis studenta	Podpis opiekuna
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Skala ocen		
zapis słowny	zapis liczbowy	skrót
bardzo dobry	5,0	bdb
dobry plus	4,5	db plus
dobry	4,0	db
dostateczny plus	3,5	dst plus
dostateczny	3,0	dst
niedostateczny	2,0	ndst

OCENA (zapis słowny/skrót i liczbowy)

.....

.....

Data, pieczęć, podpis opiekuna praktyk zawodowych