

.....
Nazwisko i imię studenta

Karta oceny/ samooceny studenta

Zajęcia praktyczne

Rok studiów II, semestr III

Rok akademicki 2025/2026

Promocja zdrowia			
Miejsce realizacji		Ilość godzin	
Samoocena			
Podpis:			
Opinia nauczyciela			
Podpis:			

Zajęcia praktyczne

Rok studiów II, semestr III

Rok akademicki 2025/2026

Choroby wewnętrzne i pielęgniarstwo internistyczne			
Miejsce realizacji		Ilość godzin	
Samoocena			
Podpis:			
Opinia nauczyciela			
Podpis:			

.....
Nazwisko i imię studenta

Zajęcia praktyczne

Rok studiów II, semestr III

Rok akademicki 2025/2026

Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne			
Miejsce realizacji		Ilość godzin	
Samoocena			
Podpis:			
Opinia nauczyciela			
Podpis:			

Zajęcia praktyczne

Rok studiów II, semestr III

Rok akademicki 2025/2026

Podstawowa opieka zdrowotna			
Miejsce realizacji		Ilość godzin	
Samoocena			
Podpis:			
Opinia nauczyciela			
Podpis:			

.....
Nazwisko i imię studenta

Zajęcia praktyczne

Rok studiów II, semestr III

Rok akademicki 2025/2026

Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne			
Miejsce realizacji		Ilość godzin	
Samoocena			
Podpis:			
Opinia nauczyciela			
Podpis: ,			