

.....
Nazwisko i imię studenta

Karta oceny/ samooceny studenta

Zajęcia praktyczne

Rok studiów I, semestr I

Rok akademicki 2024/2025

Podstawy pielęgniarstwa			
Miejsce realizacji		Ilość godzin	
Samoocena			
Podpis:			
Opinia nauczyciela			
Podpis:			

.....
Nazwisko i imię studenta

Karta oceny/ samooceny studenta

Zajęcia praktyczne

Rok studiów I, semestr II

Rok akademicki 2024/2025

Podstawy pielęgniarstwa			
Miejsce realizacji		Ilość godzin	
Samoocena			
Podpis:			
Opinia nauczyciela			
Podpis:			

Zajęcia praktyczne

Rok studiów I, semestr II

Rok akademicki 2024/2025

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