

PLAN PRAKTYK/.....

Nazwisko i imię.....

Kierunek: **Położnictwo** Rok studiów..... Semestr.....

Miejsce odbywania praktyk (placówka i oddział).....

.....

Przedmiot

Liczba godzin dydaktycznych

Planowany harmonogram praktyk zawodowych:

L.P.	Data	Dzień tygodnia	Godziny (od-do)	Liczba godzin dydaktycznych
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

.....

Podpis studenta

.....

Pieczęć placówki

.....

Podpis opiekuna praktyk

.....

Zatwierdzone przez:
Prorektora/ Koordynatora