

Wydział Nauk Medycznych
Kierunek: *Pielęgniarstwo studia pierwszego stopnia*
Forma studiów: *stacjonarne*
Rok studiów: *trzeci*
Semestr: *piąty*

Rok akademicki:
Nr albumu:

**KARTA OKRESOWYCH OSIĄGNIĘĆ STUDENTA
PRAKTYKI**

Student:

Lp.	Praktyki odbywane w ramach przedmiotu	Miejsce realizacji/oddział	Termin	Liczba godzin	Ocena	Pieczętka i podpis opiekuna
1.	Podstawowa opieka zdrowotna			140		
2.	Gabinet lekarza rodzinnego			20		
3.	Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne			80		

opiekun / kierownik praktyk

.....