

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

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.	<b>Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne</b>			80		
2.	<b>Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne</b>			80		

opiekun / kierownik praktyk

.....