

Wydział Nauk Medycznych  
Kierunek: *Pielęgniarstwo studia pierwszego stopnia*  
Forma studiów: *stacjonarne*  
Rok studiów: *czwarty*  
Semestr: *siódmy*

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>Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne</b>			160		
2.	<b>Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze</b>			40		
3.	<b>Pielęgniarstwo opieki długoterminowej</b>			40		
4.	<b>Opieka paliatywna</b>			40		

opiekun / kierownik praktyk

.....