

LISTA OBECNOŚCI NA PRAKTYKACH ZAWODOWYCH - KOSMETOLOGIA

WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH
25-Imię i nazwisko studenta 109A

nr albumu

Studia stopnia, grupa wykładowa semestr

Liczba godzin (ogółem)

Miejsce realizacji praktyk zawodowych

(pełna nazwa i adres gabinetu)

L.p.	Data	Godziny (od-do)	Liczba godzin* (razem)	Czytelny podpis studenta	Czytelny podpis opiekuna praktyk
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

* według Regulaminu Praktyk Zawodowych za godzinę dyżuru na praktyce przyjmuje się godzinę dydaktyczną tj. 45 min.

.....
Czytelny podpis opiekuna praktyk
(z ramienia Zakładu Pracy)

.....
pieczęć placówki