**Wykaz imienny zajęć praktycznych/praktyk zawodowych**

**Kierunku Pielęgniarstwo MANS w Łomży**

**zrealizowanych przez opiekuna** …………………………………................................………

 *imię i nazwisko opiekuna*

**w roku akademickim** …………………**w** ……………………………………………………..

 *nazwa zakładu opieki zdrowotnej*

**Oddział**………………………………………………………………………………………….

**Przedmiot**……………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko studenta** | **Terminy praktyki -****od -do** | **Ilość godzin**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**……………………… …………………………….……………………..**

Miejscowość, data Podpis Opiekuna