

KARTA GODZINOWA PRAKTYK STUDENCKICH
Kierunek Elektroradiologia II stopnia Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

MIEJSCE PRAKTYKI (nazwa Zakładu) <i>(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)</i>
Liczba godzin 160 h	Rok studiówI..... Semestr studiówII..... Praktyka: wakacyjna/semestralna * <i>(* niepotrzebne skreślić)</i>
..... <i>Imię i nazwisko studenta</i>	

L. p.	Data	Liczba godzin praktyki	Podpis i pieczęćka prowadzącego praktykę	L. p.	Data	Liczba godzin praktyki	Podpis i pieczęćka prowadzącego praktykę
1				12			
2				13			
3				14			
4				15			
5				16			
6				17			
7				18			
8				19			
9				20			
10				21			
11				22			

23				34			
24				35			
25				36			
26				37			
27				38			
28				39			
29				40			
30				41			
31				42			
32				43			
33				44			

Poświadczam, że student/ka odbył/a praktyki w przewidzianym wymiarze godzin w okresie:

od do w ilości (podać łączną ilość godzin)160.....

.....
(data, podpis i pieczęć imienna koordynatora praktyki) *

.....
data, podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki)

*koordynatorem praktyk na kierunku elektroradiologia
jest lek. med. Aneta Dudek