Oddział Pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Kierunek Pielęgniarstwo

Karta praktyki zawodowej

studia drugiego stopnia; semestr ……. Rok akademicki ……/ ……

Imię i nazwisko studenta …….

Nr indeksu ……

Nazwa przedmiotu: **Dydaktyka medyczna**

Termin	Liczba godzin	L.p.	Tematyka zajęć/umiejętności Prowadzenie zajęć teoretycznych

Razem godzin……..

Opinia/uzasadnienie

Proponowana ocena…….

Podpis nauczyciela……

Oddział Pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Kierunek Pielęgniarstwo

Karta praktyki zawodowej

studia drugiego stopnia; semestr ……. Rok akademicki ……/ ……

Imię i nazwisko studenta …….

Nr indeksu ……

Nazwa przedmiotu: **Dydaktyka medyczna**

Termin	Liczba godzin	L.p.	Tematyka zajęć/umiejętności Prowadzenie zajęć w pracowni umiejętności pielęgniarskich

Razem godzin…….

Opinia/uzasadnienie

Proponowana ocena…….

Podpis nauczyciela……

Oddział Pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Kierunek Pielęgniarstwo

Karta praktyki zawodowej

studia drugiego stopnia; semestr ……. Rok akademicki ……/ ……

Imię i nazwisko studenta …….

Nr indeksu ……

Nazwa przedmiotu: **Dydaktyka medyczna**

Termin	Liczba godzin	L.p.	Tematyka zajęć/umiejętności Prowadzenie zajęć praktycznych

Razem godzin……..

Opinia/uzasadnienie

Proponowana ocena…….

Podpis nauczyciela……

Oddział Pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Kierunek Pielęgniarstwo

Karta praktyki zawodowej

studia drugiego stopnia; semestr ……. Rok akademicki ……/ ……

Imię i nazwisko studenta …….

Nr indeksu ……

Nazwa przedmiotu: **Dydaktyka medyczna**

Termin	Liczba godzin	L.p.	Tematyka zajęć/umiejętności Prowadzenie edukacji zdrowotnej

Razem godzin……..

Opinia/uzasadnienie

Proponowana ocena…….

Podpis nauczyciela……

Oddział Pielęgniarstwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Kierunek Pielęgniarstwo

Karta praktyki zawodowej

studia drugiego stopnia; semestr ……. Rok akademicki ……/ ……

Imię i nazwisko studenta …….

Nr indeksu ……

	Liczba godzin	Podpis nauczyciela
Udział w egzaminach/zaliczeniach		

ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ W ZAKRESIE DYDAKTYKI MEDYCZNEJ

Łączna liczba zaliczonych godzin……..

Opinia/uzasadnienie	

Ocena końcowa…….

Podpis Kierownika Przedmiotu……

Podpis Kierownika Praktyk……