**Sprawozdanie z zajęć praktycznych**

**Kierunek: Pielęgniarstwo**

Zajęcia praktyczne w zakresie……………………………………………………………………………………..

Nauczyciel akademicki ……...……………………………………………………………………………………..

Rok studiów ……………… Semestr ……………… Grupa ………………………………………………………

Okres realizacji zajęć od…………………………………………………… do ……………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Imię i nazwisko studenta | Zajęcia praktyczne /data/ ob./nb | Liczba godzin |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Zal | CSM | Nzal | Łącznie |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\**w sprawozdaniu* *należy uwzględnić wszystkich studentów (również nieobecnych); można wpisać dwie grupy w przypadku POZ, intensywnej terapii i pielęgniarstwa w intensywnej opiece, pielęgniarstwa pediatrycznego. Wydrukować dwustronnie.*

Potwierdzam realizację

…………………………………. *…………………………...*

*Kierownik ds. Studenckich Praktyk Zawodowych Prowadzący* *(czytelny podpis/pieczątka)*

**Ocena studenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię studenta | Ocena za czynność | Ocena końcowa |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 *Prowadzący zajęcia*

 *(czytelny podpis/pieczątka)*