|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Praktykant: **………………………………..**  Kierunek: **……………………………….** |  | Nr albumu: **………….** |
| Specjalność: **…………………………….** | studia stacjonarne/niestacjonarne\* | Rok ak.: 20../20.. |

Miejsce odbywania praktyki: ………………………………………………………………………………………

(nazwa instytucji – zakładu pracy)

Data rozpoczęcia praktyki ………… 20…. r. Data zakończenia praktyki………… 20…. r.

\* niepotrzebne skreślić

**DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

#### Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej-Curie

*(nazwa uczelni)* ……………………………………………………………………..…………………………………………………………….

miejsce odbywania praktyki (nazwa instytucji – zakładu pracy)

| **Dzień** | **Data** | **Stanowisko - opis wykonanych prac** | **Podpis osoby**  **nadzorującej** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |