



**UNIwersYTET KARDYNAŁA  
STEFANA WYSZYŃSKIEGO**  
W WARSZAWIE  
Wydział Medyczny  
Collegium Medicum

Warszawa, dn. ....

**Poświadczenie odbycia praktyki wakacyjnej  
PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA\*  
POMOC DORAŻNA\*  
w zakresie podstawowych umiejętności i zabiegów**

Student/ka II roku kierunku lekarskiego jednolitych studiów magisterskich Wydziału Medycznego. Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, ..... odbył/a praktykę wakacyjną zgodnie z załączonym programem praktyk w wymiarze 90\* oraz 30\* godzin, w dniach od ..... do ..... roku i uzyskał/a zaliczenie z oceną .....

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(Pieczęćka jednostki/oddziału, w której student/ka odbywał/a praktykę)

.....  
(Podpis i pieczęćka kierownika/opiekuna praktyki)