LISTA OBECNOŚCI STUDENTA NA PRAKTYKACH ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko studenta: …… **Nr indeksu:** ……

Kierunek: Pielęgniarstwo, studia I stopnia **Rok studiów:** ……

Wydział Medyczny. Collegium Medicum
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Nazwa przedmiotu: ……

Terminy realizacji praktyk	Godziny realizacji praktyk	Podpis opiekuna