Śląski Uniwersytet
Medyczny w Katowicach

PROTOKÓŁ KONTROLI PRAKTYKI

Data kontroli : .....

Imię i nazwisko Studenta : .....

Kierunek studiów : .....

Rok studiów : .....

Miejsce praktyki : .....

Forma kontroli:

- wizytacja ☐

- telefoniczna ☐

.....

podpis Osoby kontrolującej

.....

podpis Opiekuna dydaktycznego

Po kontroli protokół należy przekazać **Opiekunowi dydaktycznemu praktyki** na Wydziale Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu