

**PLAN PRAKTYK**

<b>Rok</b>	<b>Semestr</b>	<b>Zakres praktyki</b>	<b>Liczba godzin kontaktowych</b>	<b>Samokształcenie</b>	<b>Łącznie godzin kontaktowych w roku</b>
<b>I</b>	<b>I</b>	Tomografia komputerowa	75	25	375
	<b>I</b>	Echokardiografia i ultrasonografia	75	25	
	<b>II</b>	Elektrokardioterapia	25	25	
	<b>II</b>	Radioterapia	100	25	
	<b>II</b>	Kardiologia i radiologia inwazyjna	100	25	
<b>II</b>	<b>III</b>	Rezonans magnetyczny	75	25	225
	<b>IV</b>	Diagnostyka elektromedyczna	150	25	

**ROK .... / SEMESTR:.....**

**NAZWISKO.....**

**IMIĘ.....**

**DATA ODBYCIA PRAKTYKI.....**

<b>ROK</b>	
<b>SEMESTR</b>	
<b>RODZAJ PRAKTYKI</b>	
<b>IŁOŚĆ GODZIN</b>	
<b>ZAKRES PRAKTYKI</b>	
<b>CELE KSZTAŁCENIA</b>	
<b>ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI</b>	
DATA	(podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki, w której praktyka była realizowana)

**Opinia opiekuna praktyki:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

<b>MIEJSCE PRAKTYKI</b>	(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)
-------------------------	---

**Praktyki zatwierdził:**

.....  
( data)

.....  
(podpis i pieczęć imienna kierownika praktyk)