

KARTA SEMESTRALNEGO ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH
SEMESTR III i IV **ROK AKADEMICKI 2024/2025**

II° Stacjonarne	 Imię i nazwisko studenta		nr albumu
Przedmiot/grupa przedmiotów/liczba godzin zgodna z planem studiów	Data zwrotu dokumentów (umowa i/lub skierowanie)	Placówka/data realizacji	Ocena i potwierdzenie opiekuna praktyki	
Diagnostyka USG w położnictwie i ginekologii (40h) • pracownia USG	Semestr III 20h			
	Semestr IV 20h			
Uwagi (np. wniosek o przełożenie praktyki na semestr następny, IOS, itp.):				
Potwierdzenie spotkania z opiekunem praktyki przed rozpoczęciem praktyki				
(data podpis) Pieczętka i podpis kierownika praktyk zawodowych	

Spełnienie wymagań odnośnie doboru placówki/opiekuna w placówce		
		Imię i nazwisko studenta	nr albumu
Lp.	Placówka	Kryteria doboru placówki ¹	Zadania opiekuna w placówce ²
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

¹ Wstępna akceptacja placówki pod kątem spełnienia kryteriów doboru (spełnia/nie spełnia/UR)

UR – umowa ramowa

² Wstępna weryfikacja spełnienia wymogów pod kątem pełnienia roli opiekuna praktyki w placówce (posiada/nie posiada nr PWZ)