

**KARTA SEMESTRALNEGO ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH**  
**SEMESTR III i IV** **ROK AKADEMICKI 2025/2026**

|                                                                                                                             |                                                                                            |                                                           |                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>II° Niestacjonarne</b>                                                                                                   | <div>.....</div> <div>Imię i nazwisko studenta</div> <div>.....</div> <div>nr albumu</div> |                                                           |                                                |
| <b>Przedmiot/grupa przedmiotów/liczba godzin zgodna z planem studiów</b>                                                    | Data zwrotu dokumentów (umowa i/lub skierowanie)                                           | <b>Placówka/data realizacji</b>                           | <b>Ocena i potwierdzenie opiekuna praktyki</b> |
| <b>Diagnostyka USG w położnictwie i ginekologii (40h)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pracownia USG</li> </ul> | <b>Semestr III</b><br>20h                                                                  |                                                           |                                                |
|                                                                                                                             | <b>Semestr IV</b><br>20h                                                                   |                                                           |                                                |
| Uwagi (np. wniosek o przełożenie praktyki na semestr następny, IOS, itp.):                                                  |                                                                                            |                                                           |                                                |
| <b>Potwierdzenie spotkania z opiekunem praktyki przed rozpoczęciem praktyki</b><br><br>(data podpis) .....                  |                                                                                            | .....<br>Pieczętka i podpis kierownika praktyk zawodowych |                                                |

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

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

UR – umowa ramowa

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