

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

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)	Semestr III 20h		
• pracownia USG	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)