



KARTA SEMESTRALNEGO ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH
SEMESTR I i II **ROK AKADEMICKI 2026/2027**

II° Niestacjonarne			
	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
Opieka specjalistyczna nad kobietą i jej rodziną w ujęciu interdyscyplinarnym oraz edukacja w praktyce zawodowej położnej - praktyka zawodowa (60h) • oddział ginekologii onkologicznej, onkologii ginekologicznej lub chirurgii onkologicznej • poradnia leczenia bólu • poradnia diabetologiczna • gabinet położnej POZ	Semestr I 20h		
	Semestr II 40h		
Diagnostyka USG w położnictwie i ginekologii (30h) • pracownia USG	Semestr I 20h		
	Semestr II 10h		
Ordynowanie leków i wypisywanie recept (20h)	Semestr II 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 SEMESTR I i II ROK AKADEMICKI 2026/2027		 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)

