

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

| <b>II° Stacjonarne</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                           |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         | .....<br>Imię i nazwisko studenta                         | .....<br>nr albumu                             |
| <b>Przedmiot/grupa przedmiotów/liczba godzin zgodna z planem studiów</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Data zwrotu dokumentów (umowa i/lub skierowanie)</b> | <b>Placówka/data realizacji</b>                           | <b>Ocena i potwierdzenie opiekuna praktyki</b> |
| <b>Opieka specjalistyczna nad kobietą i jej rodziną w ujęciu interdyscyplinarnym oraz edukacja w praktyce zawodowej położnej - praktyka zawodowa (60h)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• oddział ginekologii onkologicznej, onkologii ginekologicznej lub chirurgii onkologicznej</li> <li>• poradnia leczenia bólu</li> <li>• poradnia diabetologiczna</li> <li>• gabinet położnej POZ</li> </ul> | <b>Semestr I<br/>20h</b>                                |                                                           |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Semestr II<br/>40h</b>                               |                                                           |                                                |
| <b>Diagnostyka USG w położnictwie i ginekologii (30h)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pracownia USG</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Semestr I<br/>20h</b>                                |                                                           |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Semestr II<br/>10h</b>                               |                                                           |                                                |
| Uwagi (np. wniosek o przełożenie praktyki na semestr następny, IOS, itp.):<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                           |                                                |
| <b>Potwierdzenie spotkania z opiekunem praktyki przed rozpoczęciem praktyki</b><br><br>(data podpis) .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         | .....<br>Pieczętka i podpis kierownika praktyk zawodowych |                                                |

| <b>Spełnienie wymagań odnośnie doboru<br/>placówki/opiekuna w placówce<br/>SEMESTR I i II ROK AKADEMICKI<br/>2026/2027</b> |          | <div> <div>.....</div> <div>.....</div> </div> <div> Imię i nazwisko studenta      nr albumu </div> |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 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)