………………………………………………….. ……………………………………………..

Pieczęć jednostki przyjmującej na praktykę Imię i nazwisko Studenta

…………………………………………………... ……………………………………………..

Termin odbywania praktyk (od… - do...) Kierunek studiów/stopień

…………………………………………………... ……………………………………………..

Wymiar godzin Tryb studiów/rok

**Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**

**Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu**

**Zaświadczenie o odbyciu praktyk z wykorzystaniem metod i technik kształcenia   
na odległość / wolontariatu w sytuacji pandemii COVID-19**

Stwierdzam, że Student/-ka .....................................................................................................,   
nr albumu ………………., odbył/a praktykę / wolontariat\* w ......................................................... ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................., zgodnie z poniższym harmonogramem.

*\*niewłaściwe skreślić*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Liczba godzin | Forma |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Opinia Opiekuna praktyki zawodowej/wolontariatu:

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................

Potwierdzam odbycie praktyki / wolontariatu oraz wykonanie wymienionych wyżej zadań przez Studenta.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Opiekuna  w miejscu odbywania praktyki/wolontariatu | Podpis i pieczątka Opiekuna  praktyki zawodowej/wolontariatu |
|  |  |