**KARTA GODZINOWA PRAKTYK STUDENCKICH**

**Kierunek ELEKTRORADIOLOGIA II st. Uniwersytetu Medycznego w Lublinie**

|  |  |
| --- | --- |
| **MIEJSCE PRAKTYKI *(nazwa pracowni)***  ………………………………………………………………  ……………………………………………………………… | …………………………………………………………………………………  *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)* |
| **Liczba godzin (zgodnie z karta praktyk)**  *(należy wpisać właściwe 20h, 20h, 15h) 80*  ……………………………………………………………….  *Imię i nazwisko studenta* | **Rok studiów I**  **Semestr studiów II**  **Praktyka: WAKACYJNA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data** | **Liczba godzin**  **praktyki** | **Podpis i pieczątka prowadzącego praktykę** | **L.p.** | **Data** | **Liczba godzin**  **praktyki** | **Podpis i pieczątka prowadzącego praktykę** |
| 1 |  |  |  | 12 |  |  |  |
| 2 |  |  |  | 13 |  |  |  |
| 3 |  |  |  | 14 |  |  |  |
| 4 |  |  |  | 15 |  |  |  |
| 5 |  |  |  | 16 |  |  |  |
| 6 |  |  |  | 17 |  |  |  |
| 7 |  |  |  | 18 |  |  |  |
| 8 |  |  |  | 19 |  |  |  |
| 9 |  |  |  | 20 |  |  |  |
| 10 |  |  |  | 21 |  |  |  |
| 11 |  |  |  | 22 |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Poświadczam, że student/ka odbył/a praktyki w przewidzianym wymiarze godzin w okresie:**  **od ……………………… do …………………………... w ilości** *(podać łączną ilość godzin)* **80**  ………………………………………………………………………………..… ………………………………….……………..…………………………………………  *(data, podpis i pieczęć imienna koordynatora praktyki) (data, podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki)* |