KARTA GODZINOWA PRAKTYK STUDENCKICH

Kierunek Higiena stomatologiczna Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

MIEJSCE PRAKTYKI ***(nazwa pracowni)*** …… ……..	…… *(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)*
Liczba godzin *(należy wpisać właściwe)* *160* …… *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)* **160 (dydaktycznych)**

…… ……

(data, podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki) *(data, podpis i pieczęć imienna koordynatora praktyki*