**KARTA GODZINOWA PRAKTYK STUDENCKICH**

**Kierunek higiena stomatologiczna 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)* ***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**………………………………………………………………………………..… ………………………………….……………..………………………………………… *(data, podpis i pieczęć imienna koordynatora praktyki) (data, podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki)* |