** UNIWERSYTET MEDYCZNY W LUBLINIE**

**WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY**

KARTA REALIZACJI WYDZIAŁOWEGO TUTORINGU STUDENCKIEGO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Funkcja | Imię i nazwisko | Podpis\* |
| TUTOR |  |  |
| TUTEE |  |  |

\*zobowiązuję się do uczestnictwa w programie i zakończenia tutoringu w czasie co najmniej 5 spotkań

|  |
| --- |
| Spotkanie tutoringowe 1 |
| Data | Podpis Tutora | Podpis Tutee |
|  |  |  |
| Realizacja\*\* |

|  |
| --- |
| Spotkanie tutoringowe 2 |
| Data | Podpis Tutora | Podpis Tutee |
|  |  |  |
| Realizacja\*\* |

|  |
| --- |
| Spotkanie tutoringowe 3 |
| Data | Podpis Tutora | Podpis Tutee |
|  |  |  |
| Realizacja\*\* |

|  |
| --- |
| Spotkanie tutoringowe 4 |
| Data | Podpis Tutora | Podpis Tutee |
|  |  |  |
| Realizacja\*\* |

|  |
| --- |
| Spotkanie tutoringowe 5 |
| Data | Podpis Tutora | Podpis Tutee |
|  |  |  |
| Realizacja\*\* |

\*\*należy wpisać, co było realizowane na spotkaniu oraz wyznaczone sprawy do przygotowania na następne spotkanie, a na spotkaniu 5 należy podać czy wyznaczony cel tutoringu został osiągnięty