



UNIwersytet Medyczny w Lublinie

Wydział Lekarsko-Dentystyczny

ul. Chodźki 19 (TBV) 20-093 Lublin
Tel. (48):81-448-60-06, 81-448-60-00

TERMINARZ ODBYWANIA PRAKTYKI WAKACYJNEJ KIERUNEK TECHNIKI DENTYSTYCZNE

.....
(imię i nazwisko osoby studiującej)

.....
(nr albumu)

.....
(rok akademicki)

II
(rok studiów)

L.p	Data	Liczba Godzin	Rodzaj wykonywanej pracy	Podpis opiekuna
1.				
2.				
3.				
4.				

5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				

14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				