**(wzór) Załącznik B**

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Chełmie

ul. Pocztowa 54

22-100 Chełm

Instytut Nauk Medycznych

Praktykant:/-ka *………………….……………………………………………..….…….*Nr albumu.: *……………….*
Rok akademicki: *20..…/20….*

Miejsce praktyki *(pełna nazwa podmiotu leczniczego):*

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Szpitalny Opiekun Ponadprogramowych Praktyk Studenckich** ……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….

**Uczelniany Opiekun Ponadprogramowych Praktyk Studenckich** ……………………………………………………………………………….

**LISTA OBECNOŚCI PRAKTYKANTA
 NA PONADPROGRAMOWEJ PRAKTYCE ZAWODOWEJ**

Część rozliczeniowa praktyki: 1 / 2 \*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Miejsce realizacji praktyki | Data | Liczba godzin | Podpis praktykanta/-ki | Podpis szpitalnego opiekuna praktyki  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |
| **Część rozliczeniowa:** ………………………………………..**Ilość dni rozliczeniowych:** ……………………………………….. | Łącznie: |  |  |
| Wymagane: | Godz. |  |

**Zweryfikowano i zaakceptowano do wypłaty stypendium**

………………… ……………………………………………..

 *Data*  *(Czytelny podpis uczelnianego opiekuna praktyki)*

*\*) podkreślić właściwą część*