

**DANE DOTYCZĄCE ZALICZENIA DOŚWIADCZENIA I PRAKTYKI ZAWODOWEJ STUDENTA DLA KIERUNKU STUDIÓW:  
PIELĘGNIARSTWO STUDIA NIESTACJONARNE POMOSTOWE I STOPNIA ROK AKADEMICKI 2017/2018**

1. Nazwisko i imię: .....

2. Rodzaj szkoły zawodowej: .....

3. Rok rozpoczęcia szkoły medycznej: .....

4. Aktualne prawo do wykonywania zawodu: tak  nie

5. Doświadczenia zawodowe:

L.p.	Nazwa zakładu pracy(oddział, poradnia, gabinet, inne) w których zdobyto doświadczenie zawodowe	Okres zatrudnienia*		Ilość przepracowanych		Załączniki nr	Ilość zaliczonych praktyk zawodowych**		
		od	do	lat	miesiący		100%	50%	25%
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

\*- dzień, miesiąc, rok

\*\* -wypełnia opiekun praktyk

.....  
podpis studenta

.....  
podpis opiekuna