

UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU

Wydział Farmaceutyczny

DZIENNIK PRAKTYK

.....
IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA, ROK STUDIÓW

.....
NR ALBUMU

.....
PIECZĘĆ JEDNOSTKI PROWADZACEJ WOLONTARIAT

PRAKTYKA WAKACYJNA / ZAWODOWA
KIERUNEK

PO ROKU STUDIÓW

.....
NAZWA JEDNOSTKI / PIECZĘĆ

.....
NAZWISKO I IMIĘ KIEROWNIKA JEDNOSTKI

.....
NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA PRAKTYKI W JEDNOSTCE

.....
NR UMOWY / SKIEROWANIA - NA PRAKTYKĘ / WOLONTARIAT

Data rozpoczęcia praktyki

Data zakończenia praktyki.....

.....
PIECZĄTKA I PODPIS
OPIEKUNA PRAKTYKI W JEDNOSTCE

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....do.....20.... r.

Dzień	Godziny pracy od-do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie tematyki zajęć

.....
DATA, PIECZĄTKA I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....do.....20.... r.

Dzień	Godziny pracy od-do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie tematyki zajęć

.....
DATA, PIECZĄTKA I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....do.....20.... r.

Dzień	Godziny pracy od-do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie tematyki zajęć

.....
DATA, PIECZĄTKA I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....do.....20.... r.

Dzień	Godziny pracy od-do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie tematyki zajęć

.....
DATA, PIECZĄTKA I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od.....do.....20.... r.

Dzień	Godziny pracy od-do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie tematyki zajęć

.....
DATA, PIECZĄTKA I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

Przebieg praktyki poroku

1. Liczba przepracowanych dni
2. Liczba przepracowanych godzin.....
3. Opinia opiekuna praktyki o pracy studenta.

.....
DATA, PIECZĄTKA I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

Podsumowanie przebiegu praktyk

(wypełnia Opiekun praktyk ze strony Uczelni)

.....
DATA, PIECZĄTKA I PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI

Zaliczenie praktyki wakacyjnej / zawodowej w ramach odbytego wolontariatu

OPINIA:.....

.....

Data zaliczenia

.....
PODPIS I PIECZĘĆ
WYDZIAŁOWEGO KIEROWNIKA STUDENCKICH
PRAKTYK WAKACYJNYCH I ZAWODOWYCH

.....
PODPIS I PIECZĘĆ DZIEKANA