



Uniwersytet
Jana Kochanowskiego
w Kielcach
Wydział Nauk o Zdrowiu

**UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO
W KIELCACH
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU
COLLEGIUM MEDICUM**

DZIENNIK

PRAKTYKI ZAWODOWEJ

FARMACJA

.....
(własnoręczny podpis studenta)

.....
(nazwa i adres jednostki organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko studenta)

.....
(data rozpoczęcia praktyki zawodowej)

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(podpis Rektora Uczelni)

Część I

Wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez studenta

Data	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis opiekuna)

Część II

Wykaz uzyskanych efektów uczenia się w zakresie umiejętności określonych w
ramowym programie praktyki zawodowej

Wykaz umiejętności	Podpis opiekuna

Część III

.....
(nazwa i adres jednostki organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko studenta)

zaliczył(a) praktykę zawodową realizowaną w okresie od
do
w aptecę

.....
(nazwa i adres apteki)

.....
(data i podpis opiekuna)

.....
(data i podpis Rektora Uczelni)

