|  |
| --- |
| **Technik Sterylizacji Medycznej**  |
| *kierunek* |
| **2024 / 2025** |
| *rok szkolny* |

#  Szkoła Policealna Opieki Medycznej „ŻAK” w Wołominie

 **DZIENNIK PRAKTYK**

|  |
| --- |
|  |
| *imię i nazwisko* |
|  |
| *miejsce realizacji praktyk* |
|  |
| *termin realizacji praktyk* |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
| *opinia opiekuna o przebiegu praktyki* |
|   |
| *ocena* |
|  |
| *podpis / pieczątka opiekuna* |

|  |
| --- |
| **KARTA PRAKTYK** |
|  |
| **data** | **przebieg praktyki** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |
|  |  |
|  | podpis / pieczątka opiekuna praktyk |
| **KARTA PRAKTYK** |
|  |
| **data** | **przebieg praktyki** |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |
| 16 |  |
| 17 |  |
| 18 |  |
| 19 |  |
| 20 |  |
|  |  |
|  | podpis / pieczątka opiekuna praktyk |

|  |
| --- |
| opinia słuchacza o przebiegu praktyki (opcjonalnie) |
|  |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |
|  |
|  |
| podpis / pieczątka opiekuna praktyk |