



UNIWERSYTET MEDYCZNY
w Lublinie
I WYDZIAŁ LEKARSKI
Z ODDZIAŁEM STOMATOLOGICZNYM
Al. Raławickie 1, 20-059 Lublin Tel. 81 448 60 07



DZIENNICZEK PRAKTYKI
KIERUNEK LEKARSKO-DENTYSTYCZNY
rok akademicki 2018/2019

.....
(imię i nazwisko studenta)

.....
(rok studiów)

.....
(nr albumu)

.....
.....
.....
(nazwa i adres Organizatora praktyki, pieczęć placówki)

Imię i nazwisko studenta Rok studiów

Lp.	Data, liczba godzin pracy	Wykonany zabieg / czynność	Potwierdzenie wykonanych zabiegów / czynności Podpis i pieczęć Organizatora / osoby upoważnionej przez Organizatora
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Lp.	Data, liczba godzin pracy	Wykonany zabieg / czynność	Potwierdzenie wykonanych zabiegów / czynności Podpis i pieczęć Organizatora / osoby upoważnionej przez Organizatora
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Lp.	Data, liczba godzin pracy	Wykonany zabieg / czynność	Potwierdzenie wykonanych zabiegów / czynności Podpis i pieczęć Organizatora / osoby upoważnionej przez Organizatora
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

Lp.	Data, liczba godzin pracy	Wykonany zabieg / czynność	Potwierdzenie wykonanych zabiegów / czynności Podpis i pieczęć Organizatora / osoby upoważnionej przez Organizatora
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

.....
Zaliczenie praktyki przez Koordynatora praktyki