Załącznik

do Procedury nr 4

**ZBIORCZE ILOŚCIOWE SPRAWOZDANIE SEMESTRALNE Z REALIZACJI PRAKTYK STUDENCKICH**

**na kierunku studiów:**

**prowadzonym w Wydziale Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

**w Uniwersytecie Radomskim im. Kazimierza Pułaskiego**

*(wypełnia Opiekun praktyk studenckich i przekazuje sekretarzowi KKOEU do dnia 15 września)*

Opiekun kierunkowy praktyk studenckich (stopień naukowy, nazwisko i imię): ……………………………………………………

Rok akademicki: ………………………….

Semestr zimowy/letni: ……………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kierunek studiów/  poziom/forma/specjalność | Rodzaj praktyki | Semestr | Termin realizacji praktyki | Miejsce  praktyki | Studenci objęci praktyką zgodnie z listami BOS | | | | |
| OGÓŁEM | z tego: | | | |
| zaliczono praktykę na podstawie Zarządzenia  R-5/2006 §3 ust.3 | pozostali studenci zobowiązani  do odbycia praktyki | | |
| OGÓŁEM | z tego studenci, którzy: | |
| zaliczyli praktykę | nie zaliczyli praktyki |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data: …………………. …………………….………………

podpis nauczyciela akademickiego