

Publiczna Szkoła Policealna Opieki Medycznej „ŻAK” w Piasecznie

Kierunek: **Opiekun Medyczny**

Semestr ..... zakres praktyk ..... semestr

Rok szkolny 202...../202.....

## DZIENNIK PRAKTYK

---

Imię i Nazwisko

---

Nazwa Zakładu Pracy

Termin realizacji praktyk: \_\_\_\_\_

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

---

---

---

---

Ocena\*): \_\_\_\_\_

---

Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

\*)celujący, bardzo dobry, dobry, dostateczny, dopuszczający

# KARTA PRAKTYK

---

data	Przebieg praktyki
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

---

Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

# KARTA PRAKTYK

---

data	Przebieg praktyki
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

---

Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

## Opinia słuchacza o przebiegu praktyki\*)

---

---

---

---

---

Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

\*) nie obowiązkowe