**KARTA PRACY NAUCZYCIELA**

MIESIĄC …………………………… 20 …….…. r.

Imię i nazwisko …………………………………................................................................................................

**Zajęcia praktyczne:**

Kierunek: Pielęgniarstwo / Położnictwo\*

Rok studiów: I rok, II rok, III rok\* nr grupy: …….……………….….

Termin realizacji zajęć od ………..……….…... do ……………….…….… Liczba godzin dydaktycznych ……..….

Przedmiot ……………………………………………………………………………………………………………...….

Placówka (nazwa szpitala, nazwa oddziału, nr tel.) ……………………………….…………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| **OD GODZ.****-****DO GODZ.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DATA** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30/31** |
| **OD GODZ.****-****DO GODZ.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

UWAGI: ……………………………………………………………………………………...…………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………

\*) niepotrzebne skreślić

…………………………………...………..…………………….

podpis