**Lista obecności studenta**

Nazwisko i imię studenta:………………………………………………………………………………………………….

Nazwa i adres apteki: ……………..……………………………...………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..

Nazwisko i imię Opiekuna praktyki z ramienia apteki: …………..…..…………………………………………………..

Nazwisko i imię Opiekuna dydaktycznego: …………..…..………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data** | **Od godziny****Do godziny** | **Liczba godzin dydaktycznych** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łączna liczba godzin dydaktycznych w miesiącu**  |  |  |

……………………………………………………………. ……………………………………………..

 data i podpis Opiekuna praktyki data i podpis studenta

Miesięczny harmonogram praktyk powinien być dostarczany w postaci skanu przekazanego drogą elektroniczną na adres mailowy do opiekuna dydaktycznego z co najmniej 3-dniowym wyprzedzeniem przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca praktyki.