**Harmonogram zajęć/lista obecności na praktyce zawodowej**

**Nazwisko i imię uczestnika kursu: ………………………………….**

**Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy Opiekun medyczny**

**Termin realizacji praktyki :**  październik 2019- marzec 2020

**Ilość godzin: 160**

**Miejsce odbywania praktyki zawodowej** (nazwa i adres):

**……………………………………………………………**

**…………………………………………………………….**

**…………………………………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data** | **Ilość godzin** | ***Czytelny podpis słuchacza*** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |
| 15. |  |  |  |
| 16. |  |  |  |
| 17. |  |  |  |
| 18. |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 21. |  |  |  |
| 22. |  |  |  |
| 23. |  |  |  |
| 24. |  |  |  |
| 25. |  |  |  |

*Miejscowość, data ……………………..*

 *Podpis Pieczęć i podpis pracodawcy*

 *zakładowego opiekuna praktykanta*

 *………………………………………….. …………………………….*