1. **Harmonogram zajęć/lista obecności na zajęciach praktycznych**

**Przedmiot:** Zabiegi higieniczne, pielęgnacyjne i opiekuńcze – pracownia

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

**Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy Opiekun medyczny**

**Termin realizacji zajęć praktycznych :**  październik 2019 – marzec 2020

**Ilość godzin: 121**

**Miejsce odbywania zajęć praktycznych**(nazwa i adres):

**…………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………**

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

*Miejscowość, data ……………………..*

*Podpis Pieczęć i podpis pracodawcy zakładowego opiekuna/*

*instruktora zajęć praktycznych*

*………………………………………….. …………………………….*

1. **Harmonogram zajęć/lista obecności na zajęciach praktycznych**

**Przedmiot:** Działania opiekuńcze nad osobą chorą i niesamodzielną

**Nazwisko i imię słuchacza: ………………………………….**

**Kwalifikacyjny Kurs Zawodowy Opiekun medyczny**

**Termin realizacji zajęć praktycznych :**  październik 2019 – marzec 2020

**Ilość godzin: 112**

**Miejsce odbywania zajęć praktycznych**(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. |  |  |  |

*Miejscowość, data ……………………..*

*Podpis Pieczęć i podpis pracodawcy zakładowego opiekuna/*

*instruktora zajęć praktycznych*

*………………………………………….. …………………………….*