**ZAŚWIADCZENIE**

………………………………………………………………………………………………

(nazwa podmiotu leczniczego/służby sanitarno-epidemiologicznej)

**Wykaz czynności wykonywanych przez studenta**

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

PESEL: ……………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania: …………..

Nr tel. e-mail…………………………………………….

Uczelnia…………………………………………………………………………………………........

Wydział Lekarski/Szkoła Zdrowia Publicznego\*

Kierunek studiów………………………………………………… Rok studiów ……………………

w ramach zgłoszenia na realizację zajęć kształtujących umiejętności praktyczne w podmiocie leczniczym/stacji sanitarno-epidemiologicznej, realizującym zadania w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, stanowiących podstawę do zaliczenia części efektów uczenia się dotyczących umiejętności praktycznych objętych programem studiów:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Opinia opiekuna studenta**

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

……………………, dnia…………………. ……………………………...

(Podpis i pieczęć koordynatora praktyk)

……………………, dnia…………………. ………………………………...

(Podpis i pieczęć dyrektora ds. piel.)