**WYDZIAŁ LEKARSKI Z ODDZIAŁEM STOMATOLOGII  
I ODDZIAŁEM NAUCZANIA W JĘZYKU ANGIELSKIM**

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU**

**DZIENNIK STAŻU**

……………………………………

(Pieczęć Wydziału)

Pan(i)……………………………………………………………………………………………………………………….....

(imię i nazwisko stażysty)

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

(data rozpoczęcia stażu)

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

(Instytucja przyjmująca)

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

(imię i nazwisko opiekuna po stronie UMB)

……………………………….………………

(data wystawienia dziennika)

**Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Liczba godzin** | **Wyszczególnienie zajęć** |
|  |  |  |

Suma godzin:

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

(podpis stażysty) (podpis opiekuna stażu

po stronie Instytucji przyjmującej)

**Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Liczba godzin** | **Wyszczególnienie zajęć** |
|  |  |  |

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

(podpis stażysty) (podpis opiekuna stażu

po stronie Instytucji przyjmującej)

**Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Liczba godzin** | **Wyszczególnienie zajęć** |
|  |  |  |

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

(podpis stażysty) (podpis opiekuna stażu

po stronie Instytucji przyjmującej)

**Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Liczba godzin** | **Wyszczególnienie zajęć** |
|  |  |  |

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

(podpis stażysty) (podpis opiekuna stażu

po stronie Instytucji przyjmującej)

**Część I**

…………………………………..……….

Nazwa Instytucji Przyjmującej

**OPINIA OPIEKUNA STAŻU WYZNACZONEGO PRZEZ INSTYTUCJĘ PRZYJMUJĄCĄ**

**Imię i nazwisko stażysty: …….....................................................................................**

*Prosimy o wypełnienie tabelki poprzez zakreślenie TAK lub NIE w każdym punkcie.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Realizacja programu stażu** | **TAK** | **NIE** |
| 1. | Umiejętność wykorzystywania zdobytych kompetencji w praktyce |  |  |
| 2. | Umiejętność pracy i komunikacji w zespole |  |  |
| 3. | Umiejętność efektywnego organizowania swojej pracy |  |  |
| 4. | Umiejętność realizowania powierzonych zadań |  |  |
| 5. | Postępy w zakresie działań praktycznych |  |  |
| 6. | Realizacja programu stażu |  |  |

Stażyst/ka ................................................................................. odbywał/a staż   
w wymiarze 120 godzin w okresie od ………………………… do ………………………… .

**Uwagi dotyczące stażysty/ki:**

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .........................................................................................................................................

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

DataPodpis Opiekuna stażu

po stronie instytucji przyjmującej





**Część II**

…………………………………..……….

Nazwa Jednostki Przyjmującej

**CERTYFIKAT ODBYCIA STAŻU**

Potwierdzam, że Stażysta/Stażystka

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

*(imię i nazwisko)*

V roku medycyny, odbył/a staż w

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

*(nazwa Instytucji)*

w wymiarze 120 godzin/miesiąc w okresie

od …………………………………………. do ………………………………………….

Nr umowy stażowej: ………………………………………….

Staż realizowany był w ramach projektu pn. „Wzmocnienie praktycznych kompetencji studentów kierunku lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku” współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

…………………………………………………………………………………….

Data i podpis osoby upoważnionej

po stronie Instytucji Przyjmującej











