………………………………………………………………….…..

*imię i nazwisko studenta*

**Karta przebiegu praktyki**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Wykonywane czynności** |
|  |  |

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

 *pieczęć ogólna kliniki/oddziału/poradni/gabinetu*  *pieczęć i podpis opiekuna praktyki z ramienia klinki/oddziału/poradni/gabinetu*

…………………………………

 *miejscowość i data*

…………………………………………………………

*imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie*

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że realizowałem/am praktyki zawodowe w czasie wolnym od zajęć dydaktycznych. Jednocześnie jestem świadomy/a, iż złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą może skutkować odpowiedzialnością dyscyplinarną na podstawie art. 307 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*.

……………………………………

*podpis studenta*