



**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	Opiekun 1		Opiekun 2 (ewentualnie)	
		TAK	NIE	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				

Stażysta/ka odbywał/a staż w wymiarze godzin w okresie od do

Uwagi dotyczące stażysty/ki:

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

.....

Data

Podpis/y Opiekuna/ów stażu
po stronie instytucji przyjmującej



Część II

.....
Nazwa Instytucji Przyjmującej

POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU

Potwierdzam, że Stażysta/Stażystka

.....
(imię i nazwisko)

Student/ka V roku kierunku lekarskiego, odbył/a staż w

.....
(nazwa Instytucji)

w wymiarze godzin/miesiąc w okresie

od do

Nr umowy trójstronnej o staż:

Staż realizowany był w ramach projektu pn. „Projekt pn. „Mamy POWER – inwestujemy w kompetencje regionu” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

.....
Data i podpis osoby upoważnionej
po stronie Instytucji Przyjmującej

