**Harmonogram realizacji stażu na kierunku lekarskim**

(przed rozpoczęciem stażu należy dostarczyć Opiekunowi stażu z ramienia Uczelni)

Nazwisko i imię studenta:………………………………………………………………………………………………….

Nazwa i adres Instytucji Przyjmującej…………………………………………………………………………………….

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

Nazwisko i imię Opiekuna stażu z ramienia Instytucji Przyjmującej

…………………..…..……………………………………………………Tel. kontaktowy……………….……………..

Staż odbywa się w wymiarze minimum **120 godzin (zegarowych),** przy czym dzienny wymiar stażu **nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo (w tygodniu stażowym)**; w przypadku Stażysty będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności dzienny wymiar stażu nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Data** | **Godziny (od… do…)** | **Uwagi** |
| Miesiąc stażowy |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Suma godzin w **miesiącu** stażowym:  |  |

………………………………………… ………………………………………

Data i podpis Opiekuna po stronie Data i podpis Stażysty

 Instytucji Przyjmującej