



**WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY Z ODDZIAŁEM MEDYCZNY
LABORATORYJNEJ**

UNIwersytetu Medycznego w Białymstoku

Załącznik nr 2 do Umowy trójstronnej o staż

DZIENNIK STAŻU



.....
(Pieczęć Wydziału)

Pan(i).....
(imię i nazwisko stażysty)

.....
(data rozpoczęcia stażu)

.....
(Instytucja przyjmująca)

.....
(imię i nazwisko opiekuna z ramienia UMB)

.....
(data wystawienia dziennika)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

Suma godzin:

.....

(podpis stażysty)

.....

(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez stażystę.

Data	Liczba godzin	Wyszczególnienie zajęć

.....
(podpis stażysty)

.....
(podpis opiekuna stażu
z ramienia Instytucji przyjmującej)



Część I

.....
Nazwa Instytucji Przyjmującej

OPINIA OPIEKUNA STAŻU WYZNACZONEGO PRZEZ INSTYTUCJĘ PRZYJMUJĄCĄ

Imię i nazwisko studenta:

Kierunek studiów:

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		

Student/ka odbywał/a staż w wymiarze 240 godzin w okresie od do

Uwagi dotyczące studenta:

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

.....

Data

Podpis Opiekuna stażu
z ramienia instytucji przyjmującej



Część II

.....
Nazwa Jednostki Przyjmującej

CERTYFIKAT ODBYCIA STAŻU

Potwierdzam, że Student/Studentka

.....

(imię i nazwisko)

.....roku,

kierunku.....

odbył/a staż w

(nazwa Instytucji)

w wymiarze 240 godzin/2 miesiące w okresie

od do

Nr umowy stażowej:

Staż realizowany był w ramach projektu pn. „Program Zintegrowanego Rozwoju Jakości Kształcenia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku” współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

.....

Data i podpis osoby upoważnionej

z ramienia Instytucji Przyjmującej