**Załącznik 2**

**Miesięczna ewidencja czasu odbywania praktyki zawodowej w aptece:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pieczęć apteki:** | | |  | | | |
| **Imię i nazwisko studenta:** | | |  | | | |
| **Data**  **(dd/mm/rrrr)** | **Godziny zaplanowane** | | | **Godziny zrealizowane** | | **Potwierdzenie obecności**  **(podpis studenta)** |
| **(od-do)** | **Ilość godzin zegarowych** | | **(od-do)** | **Ilość godzin zegarowych** |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
| **Łączna ilość godzin zegarowych** | **zaplanowanych:** | | | **zrealizowanych:** | |  |
| *Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję ewidencję czasu pracy*  *…............................, dnia ……………………………….*  *(miejscowość)* | | | | | | ………………………………………………  Podpis studenta |
| ……………………………….………………  Podpis opiekuna praktyki |