**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 |