

.....
(pieczęć Wydziału)

**POŚWIADCZENIE ODBYCIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ
W MEDYCZNYM LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNYM**

Pan(i)
(imię i nazwisko praktykanta)

urodzony(a) dnia..... w
(dzień, miesiąc, rok) (miejsce urodzenia)

ukończył(a) praktykę zawodową w medycznym laboratorium diagnostycznym z zakresu:

1.
(zakres praktyk)

a.
(nazwa jednostki)

b.
(daty odbywania praktyk oraz ilość godzin)

c.
(Data, podpis oraz pieczęć Opiekuna praktyki z ramienia Jednostki przyjmującej)

2.
(zakres praktyk)

a.
(nazwa jednostki)

b.
(daty odbywania praktyk oraz ilość godzin)

c.
(Data, podpis oraz pieczęć Opiekuna praktyki z ramienia Jednostki przyjmującej)

.....
(data i podpis opiekuna praktyk z ramienia Uczelni)