

Załącznik nr 3 Miesięczna ewidencja czasu realizacji 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				