

**UNIWERSYTET RZESZOWSKI**  
**KOLEGIUM NAUK MEDYCZNYCH**  
**Al. Kopisto 2a, 35-959 Rzeszów**

**KIERUNEK LEKARSKI**



**DZIENNIK**  
**PRAKTYCZNEGO NAUCZANIA**  
**KLINICZNEGO**

Imię i nazwisko studenta .....

UNIwersytet Rzeszowski  
Kolegium Nauk Medycznych  
Al. Kopisto 2a, 35-959 Rzeszów



Imię i nazwisko studenta .....

Numer albumu .....

Rok akademicki .....

.....

data

.....

Podpis i pieczęć Dziekana

Zapoznałam /em się z Regulaminem kształcenia praktycznego

.....

data

.....

podpis studenta