

## Informacja o koordynatorze praktyk wakacyjnych

Tytuł / stopień naukowy, imię nazwisko .....

Nazwa Podmiotu Leczniczego .....

Koordynowanie praktyki studenckiej po.....roku studiów

w zakresie.....

Imię i nazwisko studenta odbywającego praktykę

.....

nr albumu.....

Lp.	<b>Informacja o koordynatorze praktyk wakacyjnych (w miejscu odbywania praktyki)</b>	
1.	Ukończone specjalizacje	Tak (jakie) ..... ..... ..... Nie
2.	Stopień naukowy/zawodowy	Doktor habilitowany Doktor Lekarz Magister Licencjat Inny
4.	Staż pracy w zawodzie	Powyżej 5 lat 3-5 lat Poniżej 3 lat
5.	Posiadane doświadczenie w kształtowaniu umiejętności praktycznych u kandydatów na lekarzy	Tak Nie

Inne informacje o Koordynatorze Praktyk wakacyjnych dla studentów kierunku lekarskiego WUM

.....  
 .....  
 .....

.....  
 data i miejscowość

.....  
 podpis i pieczętka Koordynatora Praktyk

### OPINIA

Koordynator Praktyk spełnia wymagania niezbędne do koordynowania praktyk wakacyjnych dla studentów kierunku lekarskiego WUM (tytuł specjalisty lub > 3 lat stażu pracy w zawodzie)

Data.....podpis i pieczętka Opiekuna Praktyk WUM