Załącznik nr 11 do
Z.154.2025.2026
z dnia 30 września 2026 r.

POLITECHNIKA BYDGOSKA
Wydział Medyczny

RAPORT KONTROLI PRAKTYKI ZAWODOWEJ

przeprowadzona osobiście/telefonicznie[1]

w dniu ……..….

Dane studenta
Kierunek: …… Imię: ……... Nazwisko: ……...
Dane organizacji
Nazwa: …… Telefon: …….. Adres: ……. Imię i nazwisko opiekuna: …….

W dniu …….……..…….. przeprowadzono kontrolę praktyki zawodowej i stwierdzono, że przebiega ona zgodnie/niezgodnie[1] z zatwierdzonym programem praktyk.

Uwagi pokontrolne:

1.

2.

……..……
data i podpis pełnomocnika dziekana ds. praktyk zawodowych/koordynatora praktyk

[1] Niepotrzebne skreślić