Załącznik nr 10 do
Z.153.2025.2026
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:

……...……

……..……

……..

……
data, pieczątka i podpis Pełnomocnika dziekana
ds. praktyk zawodowych/Koordynatora praktyk

[1] Niepotrzebne skreślić