



.....  
Data.....

Pieczczę nagłówkowa placówki

**Zaświadczenie potwierdzające umiejętności zawodowe spełniające wymogi  
programu praktyki zawodowej na kierunku pielęgniarstwo**

Zaświadczam, iż Pani/Pan\* .....

w okresie ..... do .....

( jest/była/był zatrudniona/zatrudniony lub: wykonywała/wykonywał\* )

w.....

na stanowisku.....

Dotyczy uznania praktyki zawodowej z.....

w semestrze.....

na kierunku.....

Zakres wykonywanych obowiązków/czynności odpowiadających efektom uczenia się  
przypisanym do praktyki zgodnie z dziennikiem praktyk.

1) .....

2) .....

3) .....

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis i pieczęć Dyrektora/Kierownika

\*niepotrzebne skreślić