



.....

Data.....

Pieczczę nagłówkowa placówki

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

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 dzienniczkiem praktyk.

1)

2)

3)

.....

Miejscowość, data

.....

podpis i pieczęć Dyrektora/Kierownika

*niepotrzebne skreślić