pieczęć podmiotu miejscowość i data

**Zaświadczenie**

Student …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko

wykonywał czynności w ramach zadań realizowanych w podmiocie w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2., w terminie ………………………………………………………………………………………….

Liczba wypracowanych godzin:…………………………………….

Charakter wykonywanych czynności praktycznych, był zgodny z efektami uczenia się przewidzianymi w programie studiów na kierunku ………………………………………….. rok studiów ………………………. realizowanym w Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Wykaz efektów:

……………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko oraz podpis osoby z ramienia podmiotu potwierdzającej

realizację czynności zgodnie z efektami uczenia się