

RAPORT KONTROLNY SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

Imię i nazwisko osoby specjalizującej się.....

Rok specjalizacji

Dziedzina Specjalizacji

1. Elektroniczna Karta Specjalizacyjna

Kompletna Niekompletna

2. Terminowość realizacji staży kierunkowych

Realizacja zgodnie z programem

TAK NIE

3. Terminowość realizacji kursów/szkoleń

Realizacja zgodnie z programem

TAK NIE

4. Ocena wiedzy teoretycznej:

Odpowiada etapowi realizacji specjalizacji

TAK NIE

5. Ocena umiejętności praktycznych:

Odpowiada etapowi realizacji specjalizacji

TAK NIE

.....

Data

.....

Pieczęć i podpis kierownika specjalizacji

