

БОЛНИЧКО ЗГРИЖУВАЊЕ

ПОТВРДА ЗА ИЗВЕДЕНА НАСТАВА

Име и презиме на студентот:		
Број на индекс:		
Студиска година (I или II):		
Датум на вежба	Содржина на вежба	Потпис на одговорна мед.сестра/техничар

Потврдувам дека студентот _____ редовно присуствуваше и активно учествуваше во реализацијата на предвидената наставна програма:

Главна мед.сестра: _____

Директор: _____

Печат на Институцијата: