

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