

Załącznik nr 1

TUTORING WYDZIAŁ MEDYCZNY POLITECHNIKI WROCŁAWSKIEJ

DZIENNIK SPOTKAŃ

Imię i nazwisko studenta	
Nr albumu	
Imię i nazwisko opiekuna	
Miejsce odbywania tutoringu	

Lp.	Data spotkania	Ilość godzin	Cel i realizacja zadania
1			
2			
3			
4			