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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

………………………… …………………………………….

Data podpis opiekuna