Miejscowość …….… dnia………………..

**Zaświadczenie o wolontariacie**

umożliwiające zaliczenia praktyk zawodowych studentom Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Zaświadcza się, że Pani/Pan …………………………………………… student Wydziału Nauk o Zdrowiu UJCM/ kierunku……………………………………………………………

Pracował/a/ jako wolontariusz (podać miejsce odbywania wolontariatu) ……………………..

………………………………………………………………………………………………….

Zakres zadań/ czynności wykonywanych lub wpisać zrealizowane efekty uczenia się zgodnie z efektami danego rodzaju praktyki zawodowej ……………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

Wolontariat rozpoczął się w dniu …………………….. a zakończył się ……………………

Wolontariusz przepracował (wpisać liczbę godzin dydaktycznych ) ……………………..........

…………………………………………………………………………………………………...

pieczęć instytucji i czytelny podpis osoby potwierdzającej odbycie wolontariatu