

**RAPORT PRIVIND REALIZAREA STAGIULUI DE PRACTICĂ
ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ CU NURSING COMUNITAR**

Numele și prenumele elevului: _____

Instituția de învățământ: _____

Tipul stagiului de practică: _____

Locul de efectuare: _____

Perioada și durata stagiului de practică: _____

Conținutul activităților și sarcinilor de lucru, inclusiv individuale:

ACTIVITĂȚILE DESFĂȘURATE:

PROPUNERI:

1. _____

2. _____

3. _____

CONCLUZII:

Data: _____

Semnătură elevului _____

Parafa instituției

Conducătorul stagiului de practică din partea agentului economic

_____/_____/_____

semnătura

numele și prenumele