

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W BIAŁYMSTOKU  
Zakład Pielęgniarstwa  
Kierunek: Pielęgniarstwo

**LISTA OBECNOŚCI STUDENTÓW**

**Monoprofilowe Centrum Symulacji Medycznej ( MCSM )**

z przedmiotu: \_\_\_\_\_

Data ( dzień- miesiąc-rok) obecności w MCSM: \_\_\_\_\_

Rok / semestr / tryb studiów (stacjonarny / niestacjonarny / pomostowy): \_\_\_\_\_

Numer grupy: \_\_\_\_\_

lp.	imię (imiona) i nazwisko
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

---

**podpis nauczyciela akademickiego  
realizującego przedmiot w MCSM**