

**Załącznik 7 do Regulaminu organizacji szkolenia
praktycznego dla absolwentów kierunku lekarskiego i
lekarsko dentystycznego prowadzonego w języku
angielskim.**

**Appendix No 7 to the Regulations for
organization of practical training for graduates
of the medical and medical-dental faculties
conducted in English.**

.....
(pieczęć wydziału)
(faculty's stamp)

.....
(miejsowość, data)
(city, date)



DZIENNICZEK

szkolenia praktycznego, o którym mowa w art. 15 p. ust. 1 i 8 ustawy o zawodach lekarza i lekarza
dentysty (t.j. Dz. U. 2026, poz. 37)

INTERNSHIP TIMESHEET

**of the practical training mentioned in article 15p. paragraphs 1 and 8 of the act on the profession
of physician and dentist (unified text, Journal of Laws 2023, item 1516)**

Imię i nazwisko stażysty:

Name of the intern:

Data i miejsce urodzenia:

Date and place of birth:

Data ukończenia studiów:

Date of graduation:

Imię i nazwisko Koordynatora:

Name of the Coordinator:

Data rozpoczęcia stażu:

Start date of the internship:

Podpis Koordynatora:

Coordinator's signature:

I. Staż częstkowy w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją
Partial internship in the field of conservative dentistry with endodontics

Czas trwania stażu Duration of the internship	5 tygodni 5 weeks		
Okres (daty) Period (dates)	od from		do to
Imię i nazwisko opiekuna stażu częstkowego Name of the partial internship supervisor			
Jednostka / komórka realizująca staż częstkowy Entity / unit conducting the partial internship			
Ocena opisowa stażysty (zainteresowanie przedmiotem, zaangażowanie, wywiązywanie się z powierzonych zadań, wyjątkowe cechy, punktualność, inne) Descriptive evaluation of the intern (interest in the subject, engagement, fulfillment of assigned tasks, outstanding characteristics, punctuality, other)			
Podpis i pieczętka opiekuna potwierdzającego odbycie stażu częstkowego Signature and stamp of supervisor confirming the completion of the partial internship			

OPIEKUN STAŻU JEST ZOBOWIĄZANY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA DZIENNICZKA

THE INTERNSHIP SUPERVISOR IS OBLIGATED TO FILL IN ALL FIELDS OF THE INTERNSHIP TIMESHEET

II. Staż cząstkowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej
Partial internship in the field of pediatric dentistry

Czas trwania stażu Duration of the internship	5 tygodni 5 weeks		
Okres (daty) Period (dates)	od from		do to
Imię i nazwisko opiekuna stażu cząstkowego Name of the partial internship supervisor			
Jednostka / komórka realizująca staż cząstkowy Entity / unit conducting the partial internship			
Ocena opisowa stażysty (zainteresowanie przedmiotem, zaangażowanie, wywiązywanie się z powierzonych zadań, wyjątkowe cechy, punktualność, inne) Descriptive evaluation of the intern (interest in the subject, engagement, fulfillment of assigned tasks, outstanding characteristics, punctuality, other)			
Podpis i pieczętka opiekuna potwierdzającego odbycie stażu cząstkowego Signature and stamp of supervisor confirming the completion of the partial internship			

OPIEKUN STAŻU JEST ZOBOWIĄZANY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA DZIENNICZKA

THE INTERNSHIP SUPERVISOR IS OBLIGATED TO FILL IN ALL FIELDS OF THE INTERNSHIP TIMESHEET

III. Staż cząstkowy w dziedzinie chirurgii stomatologicznej
Partial internship in the field of dental surgery

Czas trwania stażu Duration of the internship	6 tygodnie 6 weeks		
Okres (daty) Period (dates)	od from		do to
Imię i nazwisko opiekuna stażu cząstkowego Name of the partial internship supervisor			
Jednostka / komórka realizująca staż cząstkowy Entity / unit conducting the partial internship			
Ocena opisowa stażysty (zainteresowanie przedmiotem, zaangażowanie, wywiązywanie się z powierzonych zadań, wyjątkowe cechy, punktualność, inne) Descriptive evaluation of the intern (interest in the subject, engagement, fulfillment of assigned tasks, outstanding characteristics, punctuality, other)			
Podpis i pieczęć opiekuna potwierdzającego odbycie stażu cząstkowego Signature and stamp of supervisor confirming the completion of the partial internship			

OPIEKUN STAŻU JEST ZOBOWIĄZANY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA DZIENNICZKA

THE INTERNSHIP SUPERVISOR IS OBLIGATED TO FILL IN ALL FIELDS OF THE INTERNSHIP TIMESHEET

IV. Staż cząstkowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej
Partial internship in the field of prosthodontics

Czas trwania stażu Duration of the internship	4 tygodnie 4 weeks		
Okres (daty) Period (dates)	od from		do to
Imię i nazwisko opiekuna stażu cząstkowego Name of the partial internship supervisor			
Jednostka / komórka realizująca staż cząstkowy Entity / unit conducting the partial internship			
Ocena opisowa stażysty (zainteresowanie przedmiotem, zaangażowanie, wywiązywanie się z powierzonych zadań, wyjątkowe cechy, punktualność, inne) Descriptive evaluation of the intern (interest in the subject, engagement, fulfillment of assigned tasks, outstanding characteristics, punctuality, other)			
Podpis i pieczętka opiekuna potwierdzającego odbycie stażu cząstkowego Signature and stamp of supervisor confirming the completion of the partial internship			

OPIEKUN STAŻU JEST ZOBOWIĄZANY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA DZIENNICZKA

THE INTERNSHIP SUPERVISOR IS OBLIGATED TO FILL IN ALL FIELDS OF THE INTERNSHIP TIMESHEET

V. Staż cząstkowy w dziedzinie periodontologii i chorób błony śluzowej
Partial internship in the field of periodontology and oral mucosa diseases

Czas trwania stażu Duration of the internship	2 tygodnie 2 weeks		
Okres (daty) Period (dates)	od from		do to
Imię i nazwisko opiekuna stażu cząstkowego Name of the partial internship supervisor			
Jednostka / komórka realizująca staż cząstkowy Entity / unit conducting the partial internship			
Ocena opisowa stażysty (zainteresowanie przedmiotem, zaangażowanie, wywiązywanie się z powierzonych zadań, wyjątkowe cechy, punktualność, inne) Descriptive evaluation of the intern (interest in the subject, engagement, fulfillment of assigned tasks, outstanding characteristics, punctuality, other)			
Podpis i pieczętka opiekuna potwierdzającego odbycie stażu cząstkowego Signature and stamp of supervisor confirming the completion of the partial internship			

OPIEKUN STAŻU JEST ZOBOWIĄZANY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA DZIENNICZKA

THE INTERNSHIP SUPERVISOR IS OBLIGATED TO FILL IN ALL FIELDS OF THE INTERNSHIP TIMESHEET

VI. Staż częstkowy w dziedzinie ortodoncji
Partial internship in the field of orthodontics

Czas trwania stażu Duration of the internship	3 tygodnie weeks		
Okres (daty) Period (dates)	od from		do to
Imię i nazwisko opiekuna stażu częstkowego Name of the partial internship supervisor			
Jednostka / komórka realizująca staż częstkowy Entity / unit conducting the partial internship			
Ocena opisowa stażysty (zainteresowanie przedmiotem, zaangażowanie, wywiązywanie się z powierzonych zadań, wyjątkowe cechy, punktualność, inne) Descriptive evaluation of the intern (interest in the subject, engagement, fulfillment of assigned tasks, outstanding characteristics, punctuality, other)			
Podpis i pieczętka opiekuna potwierdzającego odbycie stażu częstkowego Signature and stamp of supervisor confirming the completion of the partial internship			

OPIEKUN STAŻU JEST ZOBOWIĄZANY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA DZIENNICZKA

THE INTERNSHIP SUPERVISOR IS OBLIGATED TO FILL IN ALL FIELDS OF THE INTERNSHIP TIMESHEET

VII. Staż cząstkowy w dziedzinie ratownictwa medycznego
Partial internship in the field of emergency medicine

Czas trwania stażu Duration of the internship	1 tydzień 1 week		
Okres (daty) Period (dates)	od from		do to
Imię i nazwisko opiekuna stażu cząstkowego Name of the partial internship supervisor			
Jednostka / komórka realizująca staż cząstkowy Entity / unit conducting the partial internship			
Ocena opisowa stażysty (zainteresowanie przedmiotem, zaangażowanie, wywiązywanie się z powierzonych zadań, wyjątkowe cechy, punktualność, inne) Descriptive evaluation of the intern (interest in the subject, engagement, fulfillment of assigned tasks, outstanding characteristics, punctuality, other)			
Podpis i pieczętka opiekuna potwierdzającego odbycie stażu cząstkowego Signature and stamp of supervisor confirming the completion of the partial internship			

OPIEKUN STAŻU JEST ZOBOWIĄZANY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA DZIENNICZKA

THE INTERNSHIP SUPERVISOR IS OBLIGATED TO FILL IN ALL FIELDS OF THE INTERNSHIP TIMESHEET

.....
 (podpis i pieczętka Koordynatora szkolenia praktycznego)
 (signature and stamp of the practical training Coordinator)