АКТ*

прохождения медицинского осмотра на базе здравпункта

Факультет _____

Специальность _____

Курс _____

Название практики _____

Сроки прохождения практики с _____ по _____

ФИО руководителя практики _____

Контактные данные_____

№	ФИО студента	Дата рождения	База прохождения практики	Данные осмотра	Дата осмотра	Допуск

Руководитель практики _____/_____
подпись ФИО

Врач _____/_____
подпись ФИО

* АКТ в двух экземплярах готовит руководитель практики от факультета и передает их в здравпункт университета (Господарчая, 23).

После прохождения медицинского осмотра студентами один экземпляр остается в здравпункте, а второй возвращается руководителю практики.