

UNITATEA SANITARĂ _____

JUDEȚUL _____

PONTAJ
Stagiu reatestare competență profesională

Domnul/Doamna _____

Data începerii stagiului practic _____

Data finalizării stagiului practic _____

Nr. crt.	Luna	ZIUA																														Total ore/lună			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31		
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
...																																			
TOTAL ORE:																																			

Mentor: _____

Avizat,
Coordonator de stagiu
