

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Fizjoterapia	Praktyczny	- Obszar nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej / dziedzina nauk medycznych / medycyna	Magister lub inny równorzędny	0	0	0	0	0	0	0	13	6	0	0
Kierunek lekarski	Ogólnoakademicki	- Obszar nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej / dziedzina nauk medycznych / medycyna	Magister lub inny równorzędny	1100	690	248	155	0	248	0	0	0	0	0
Kierunek lekarsko - dentystyczny	Praktyczny	- Obszar nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej / dziedzina nauk medycznych / stomatologia	Magister lub inny równorzędny	395	275	57	39	0	57	0	0	0	0	0
Pielęgniarstwo	Praktyczny	- Obszar nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej / dziedzina nauk medycznych / medycyna	Magister lub inny równorzędny	0	0	0	0	0	0	0	110	103	90	87
Położnictwo	Praktyczny	- Obszar nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej / dziedzina nauk medycznych / medycyna	Magister lub inny równorzędny	0	0	0	0	0	0	0	6	6	0	0
Zdrowie publiczne	Ogólnoakademicki	- Obszar nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej / dziedzina nauk medycznych / medycyna	Licencjat lub inny równorzędny	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zdrowie publiczne	Ogólnoakademicki	- Obszar nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej / dziedzina nauk medycznych / medycyna	Magister lub inny równorzędny	0	0	0	0	0	0	0	5	2	0	0
Ogółem				1565	1024	319	207	0	319	0	134	117	90	87

Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb wypełnianego formularza:	1440 minut(y)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie:	60 minut(y)
------------------------------------------------------------------------	--------------------

Ewa Godlewska-Bohm, tel: 781 610 045

Wrocław, 2017-10-04

prof. dr hab. Marek Ziętek
rektor

Imię, nazwisko i tel. osoby sporządzającej sprawozdanie

Miejscowość i data

Imię i nazwisko osoby zatwierdzającej sprawozdanie