###### **STAROPOLSKA SZKOŁA WYŻSZA W KIELCACH**

Kierunek studiów

Specjalność: .......................................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DZIENNIK PRAKTYK

..................................................................................................................................................

###### *Imię i nazwisko studenta*

...............................................

*nr albumu*

...............................................

*Termin odbywania praktyki*

**Miejsce praktyki** .....................................................................................................................

.....................................................................................................................

.....................................................................................................................

.....................................................................................................................

*Nazwa zakładu pracy*

....................................................

*Podpis Koordynatora praktyk zawodowych*

**I Tydzień**

.................................................................................................................................................

Nazwa Zakładu pracy

Imię i nazwisko studenta: ............................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KARTA TYGODNIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tydzień od ......................................... r. do .................................... r. | | | |
| Dzień | Godziny pracy | Liczba godzin pracy | Wyszczególnienie zajęć |
| od - do | Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy |
|
|  |  |  |  |
|
|
|  |  |  |  |
|
|
|  |  |  |  |
|
|
|  |  |  |  |
|
|
|  |  |  |  |
|
|

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć :

.........................................................................

*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*

**II Tydzień**

.................................................................................................................................................

Nazwa Zakładu pracy

Imię i nazwisko studenta: ............................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KARTA TYGODNIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tydzień od ......................................... r. do .................................... r. | | | |
| Dzień | Godziny pracy | Liczba godzin pracy | Wyszczególnienie zajęć |
| od - do | Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy |
|
|  |  |  |  |
|
|
|  |  |  |  |
|
|
|  |  |  |  |
|
|
|  |  |  |  |
|
|
|  |  |  |  |
|
|

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć :

.........................................................................

*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*

**III Tydzień**

.................................................................................................................................................

Nazwa Zakładu pracy

Imię i nazwisko studenta: ............................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KARTA TYGODNIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tydzień od ......................................... r. do .................................... r. | | | |
| Dzień | Godziny pracy | Liczba godzin pracy | Wyszczególnienie zajęć |
| od - do | Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy |
|
|  |  |  |  |
|
|
|  |  |  |  |
|
|
|  |  |  |  |
|
|
|  |  |  |  |
|
|
|  |  |  |  |
|
|

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć :

.........................................................................

*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*

#### Sprawozdanie z przebiegu praktyk:

|  |
| --- |
| ................................................................................................................. |
| .................................................................................................................. |
| .................................................................................................................. |
| .................................................................................................................. |
| .................................................................................................................. |
| .................................................................................................................. |
| .................................................................................................................. |
| .................................................................................................................. |

....................................................

*Podpis studenta*

Opinia zakładu pracy:

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.........................................................................

*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*

Zaliczenie praktyki:

Data zaliczenia praktyki zawodowej : ………………….

Przyznaję ………………….punktów ECTS.

*................................................................................................................................................*

***Pieczęć i podpi****s* ***Koordynatora praktyk zawodowych***