**DZIENNICZEK PRAKTYK ZAWODOWYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Numer albumu** |  |
| **Kierunek studiów** |  |
| **Miejsce praktyk** |  |
| **Termin odbycia praktyk** |  |
| **Opinia Opiekuna praktyk z ramienia Instytucji** |  |

**ZAKŁADANE EFEKTY UCZENIA**

|  |
| --- |
| **Wiedza:** |
| P\_W01 | Zna i rozumie specyfikę działalności organizacji prywatnych lub publicznych w zakresie czynności marketingowych w sieci, ze szczególnym uwzględnieniem aktywności w obszarze e-commerce |
| P\_W02 | Zna i rozumie metody, techniki prowadzenia, przygotowania i realizacji strategii marketingowych w sieci |
| **Umiejętności:** |
| P\_U01 | Potrafi prowadzić czynności marketingowe w sieci, stosuje techniki negocjacyjne z uwzględnieniem specyfiki wirtualnych relacji, stosuje metody pozyskiwania i zarządzania klientem internetowym  |
| P\_U02 | Potrafi gromadzić i analizować dane dotyczące funkcjonowania organizacji ze szczególnym uwzględnieniem danych dotyczących marketingu |
| **Kompetencje społeczne:** |
| P\_K01 | Jest świadom dylematów etycznych oraz konieczności prowadzenia działań w zakresie marketingu zgodnie z powszechnymi zasadami etycznymi |
| P\_K02 | Jest gotów do nawiązywania kontaktów interpersonalne w środowisku wirtualnym |
| P\_K03 | Jest gotów do korzystania z różnorodnych metod i technologii wykorzystywanych w marketingu internetowym |

**Realizacja praktyk zawodowych wraz z weryfikacją efektów uczenia się**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data** | **Wykonywane czynności** | **Osiągnięte efekty** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………………………………….. ……………………………………

 (podpis Opiekuna praktyk z ramienia Instytucji) (podpis Koordynatora ds. praktyk zawodowych)