

Wydział

DZIENNIK STUDENCKIEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ

KIERUNEK:

SPECJALNOŚĆ:

Imię i nazwisko studenta:	
Nr albumu:	
Rok studiów:	
Forma studiów:	
Miejsce odbywania praktyk:	
Termin odbywania praktyk:	
Liczba godzin do zrealizowania:	
Imię i nazwisko Zakładowego Opiekuna praktyk:	
Imię i nazwisko Uczelnianego Opiekuna praktyk:	

PRZEBIEG PRAKTYKI

Nazwa Zakładu pracy:

Nr kolejnego dnia praktyki:	Data	Godziny pracy od - do:	Liczba godzin pracy:	Wyszczególnienie zajęć. Uwagi, obserwacje i wnioski studenta co do wykonywanej pracy:

.....

Podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Potwierdzenie rozpoczęcie praktyki

Podstawa skierowania	Liczba godzin praktyki	Potwierdzenie rozpoczęcia praktyki	
		Data	Podpis i pieczęć zakładu pracy

Potwierdzenie zakończenie praktyki

Data	Podpis i pieczęć zakładu pracy

Uwagi zakładu pracy o przebiegu praktyki wraz z sugerowaną oceną studenta

Potwierdzenie zaliczenia praktyki przez Uczelnianego Opiekuna praktyk

Zaliczono		Data	Ocena	Podpis
Liczba godzin praktyki	Charakter praktyki			