

**Wyższa Szkoła Zdrowia, Urody i Edukacji   
w Poznaniu**

**Wydział Nauk o Zdrowiu**

**ul. Brzeźnicka 3**

**60-133 Poznań**

**DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH**

rok akademicki *Kliknij tutaj, aby wprowadzić rok akademicki*

semestr *Kliknij tutaj, aby wprowadzić semestr*

*Kliknij tutaj, aby wprowadzić imię i nazwisko*

(imię i nazwisko studenta)

*Kliknij tutaj, aby wprowadzić numer albumu*

(nr albumu)

| Nazwa instytucji przyjmującej na praktyki: *Kliknij tutaj, aby wprowadzić nazwę instytucji* | | |
| --- | --- | --- |
| Data | Godziny pracy(od – do) | Opis wykonywanych czynności(w odniesieniu do programu praktyki zawodowej) |
| *Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić godziny pracy* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić opis wykonywanych czynności* |
| *Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić godziny pracy* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić opis wykonywanych czynności* |
| *Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić godziny pracy* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić opis wykonywanych czynności* |
| *Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić godziny pracy* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić opis wykonywanych czynności* |
| *Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić godziny pracy* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić opis wykonywanych czynności* |
| *Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić godziny pracy* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić opis wykonywanych czynności* |
| *Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić godziny pracy* | *Kliknij tutaj, aby wprowadzić opis wykonywanych czynności* |

**ZALICZENIE PRAKTYK PRZEZ OPIEKUNA PRAKTYK**

Oświadczam, iż Pan(i) …..……………………………..…………………………………….…

odbył(a) praktyki zawodowe w …………………………….…………………………………..

(nazwa instytucji)

w wymiarze ………..…….…. godzin.

**OPISOWA OPINIA OPIEKUNA PRAKTYK O STUDENCIE**

………………...………………………………………………………………………………………………….………………...………………………………………………………..……….………………………………….………………...……………………………………………...……………………………………………………….………………...…………..…………….………………………………………………………………………….………………...……...……………………………………………………………………………….…………….…….…………...………………………………………………………………………………………………….………………...……………………………………….….………………………….…………………………….………………...…………………………………………………...

…………………………….………………...…………………………………………………...

|  |  |
| --- | --- |
| **Efekty uczenia się w obszarze** | **Ocena stopnia osiągnięcia** |
| Wiedzy |  |
| Umiejętności |  |
| Kompetencji społecznych |  |

Skala ocen:

5,0 (bardzo dobry) – zakładane efekty uczenia się\* zostały osiągnięte w pełni

4,5 (dobry plus) – zakładane efekty uczenia się\* zostały osiągnięte prawie w pełni, z bardzo sporadycznymi błędami

4,0 (dobry) – zakładane efekty uczenia się\* zostały osiągnięte w większości, z nielicznymi błędami

3,5 (dostateczny plus) – zakładane efekty uczenia się\* zostały osiągnięte, lecz z dość licznymi błędami

3,0 (dostateczny) – zakładane efekty uczenia się\* zostały osiągnięte, lecz z licznymi błędami

2,0 (niedostateczny) – zakładane efekty uczenia się\* nie zostały osiągnięte w wymaganym minimalnym zakresie

\*zgodne z *Programem praktyk zawodowych*

Ocena końcowa praktyk: …………….. słownie: ………………………………………………

………………………………………. …………………………………………..

(miejscowość i data) (podpis opiekuna praktyk)

………………….…….…………….

(pieczątka instytucji)

**ZALICZENIE PRAKTYK PRZEZ PEŁNOMOCNIKA REKTORA DS. PRAKTYK ZAWODOWYCH**

Oświadczam, iż Pan(i) ………………………………………………..………………………...

odbył(a) praktyki zawodowe w wymiarze ………..…….…. godzin.

Ocena końcowa praktyk: …………….. słownie: ………………………………………………

……………………….…….……… ……….………………………………….

(miejscowość i data) (podpis i pieczątka pełnomocnika rektora

ds. praktyk zawodowych)

Uwagi:

(wypełnia pełnomocnik rektora ds. praktyk zawodowych w szczególnych okolicznościach, np. uzasadniając ocenę niedostateczną lub podkreślając szczególne dokonania studenta podczas realizacji praktyk zawodowych)

………………...………………………………………………………………………………………………….………………...………………………………………………………………...………………...………………………………………………………………………………………………….………………...………………………………………………………………...………………...………………………………………………………………………………………………….………………...………………………………………………………………...………………...………………………………………………………………………………………………….………………...………………………………………………………………...………………...………………………………………………………………………………………………….………………...………………………………………………………………...………………...………………………………………………………………………………………………….………………...………………………………………………………………...………………...………………………………………………………………………………………………….………………...………………………………………………………………...………………...………………………………………………………………………………………………….………………...………………………………………………………………...………………...…………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………….………………...………………………………………………………………...………………...………………………………………………………………………………………………….………………...………………………………………………………………...