**DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**DLA STUDENTÓW**

**KIERUNKU ZDROWIE PUBLICZNE, STUDIA pierwszego STOPNIA**

* Imię i nazwisko studenta:…………………………………………………………………….
* Nr albumu:………………………….
* Tryb studiów: stacjonarne/niestacjonarne\*
* Data rozpoczęcia praktyk:………………….……………….Praktyki: semestr II, III, IV, V\*
* Opiekun praktyk z ramienia Wydziału Kultury Fizycznej i Zdrowia

 (imię, nazwisko, nr tel.)…….………….…………………………………..………………..

* Opiekun Praktyk z ramienia Instytucji, w której student odbywa praktykę

(imię, nazwisko, nr tel.)…................................................………………………………

* Nazwa Instytucji, w której realizowana jest praktyka (adres, nr tel.)……………………..

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

\*podkreśl właściwe

**Karta informacyjna praktyk zawodowych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Praktyki | Miejsce realizacji praktyk (pieczątka firmowa i podpis potwierdzający zrealizowanie praktyk) | Termin realizacji praktyk |
| semestr..……… |  |  |

**Szczegółowy harmonogram pracy w trakcie praktyk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wykonane czynności, zadania | Szczegółowy opis charakteru wykonanych czynności i zadań, uwagi przy realizacji | Termin i godziny wykonania |
|  |  |  |  |

Podpis Opiekuna Praktyk z ramienia Instytucji ……………………………………………………………………….

**Szczegółowy harmonogram pracy w trakcie praktyk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wykonane czynności, zadania | Szczegółowy opis charakteru wykonanych czynności i zadań, uwagi przy realizacji | Termin i godziny wykonania |
|  |  |  |  |

Podpis Opiekuna Praktyk z ramienia Instytucji ……………………………………………………………………….

**Szczegółowy harmonogram pracy w trakcie praktyk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wykonane czynności, zadania | Szczegółowy opis charakteru wykonanych czynności i zadań, uwagi przy realizacji | Termin i godziny wykonania |
|  |  |  |  |

Podpis Opiekuna Praktyk z ramienia Instytucji ……………………………………………………………………….

**Szczegółowy harmonogram pracy w trakcie praktyk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wykonane czynności, zadania | Szczegółowy opis charakteru wykonanych czynności i zadań, uwagi przy realizacji | Termin i godziny wykonania |
|  |  |  |  |

Podpis Opiekuna Praktyk z ramienia Instytucji ……………………………………………………………………….

**Zaświadczenie o zrealizowaniu praktyk zawodowych**

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

Termin praktyk.........................................................................................................

Miejsce praktyk........................................................................................................

podpis i pieczątka przedstawiciela Instytucji

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

**OPINIA O STUDENCIE WRAZ Z OCENĄ:**

**…...................................... …....................................................**

podpis studenta podpis opiekuna praktyk z Instytucji