|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ………………………….……………. | | |  |  |  |  |  |
| *(pieczęć wydziału)* | | |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WYDZIAŁ** ....................................................... | | | | | | | |
| **UNIWERSYTETU ZIELONOGÓRSKIEGO** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DZIENNIK PRAKTYK** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **imię i nazwisko studenta:** | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **kierunek:** | |  | | | | | |
|  |  | *(pełna nazwa kierunku)* | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **specjalności:** | |  | | | | | |
|  |  | *(pełna nazwa specjalności)* | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **grupa/rok/rodzaj studiów** | |  | | | | | |
|  |  | *(pełna nazwa grupy)* | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **nr albumu:** | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PRZEBIEG PRAKTYKI** | | | | | | | |
| *(wpisuje opiekun praktyki z ramienia instytucji)* | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **data rozpoczęcia praktyki:** | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | *(dd-mm-rrrr)* | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **data zakończenia praktyki:** | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | *(dd-mm-rrrr)* | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba tygodni praktyki:** | |  |  |  | | |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **liczba odbytych godzin praktyki:** | | |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ………………………….……………. | | |  | ………………………….……………. | | | |
| *(pieczęć instytucji)* | | |  | *(pieczęć opiekuna praktyki z instytucji)* | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ZALICZENIE PRAKTYKI** | | | | | | | |
| *(dokonuje koordynator praktyk)* | | | | | | | |
| Praktyką zawodową zaliczam | | |  |  |  |  |  |
| w dniu: ……...……………………..………... | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ………………………….……………. | | | |
|  |  |  |  | *(pieczęć i podpis koordynatora praktyki)* | | | |
|  | | | | | | | |
| *(pełna nazwa instytucji)* | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| *(jednostka organizacyjna)* | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KARTA TYGODNIOWA** | | | | | | | |
| *(liczba kart tygodniowych odpowiada liczbie tygodni praktyki)* | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TYDZIEŃ I:** |  | | | | | | |
| *(dd.mm.rrrr - dd.mm.rrrr)* | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Dzień** | **Data** | **Godziny praktyki od - do** | **Łączna liczba godzin praktyki** | **Opis wykonywanych czynności w danym dniu realizacji praktyki** | | | |
| 1) |  |  |  |  | | | |
| 2) |  |  |  |  | | | |
| 3) |  |  |  |  | | | |
| 4) |  |  |  |  | | | |
| 5) |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ………………………….……………. | | |  | ………………………….……………. | | | |
| *(pieczęć instytucji)* | | |  | *(podpis opiekuna z praktyki z instytucji)* | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| *(pełna nazwa instytucji)* | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| (jednostka organizacyjna) | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KARTA TYGODNIOWA** | | | | | | | |
| *(liczba kart tygodniowych odpowiada liczbie tygodni praktyki)* | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TYDZIEŃ II:** |  | | | | | | |
|  | …………………………………………………………………………………………………….………………………………………………. | | | | | | |
| *(dd.mm.rrrr - dd.mm.rrrr)* | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Dzień** | **Data** | **Godziny praktyki od - do** | **Łączna liczba godzin praktyki** | **Opis wykonywanych czynności w danym dniu realizacji praktyki** | | | |
| 6) |  |  |  |  | | | |
| 7) |  |  |  |  | | | |
| 8) |  |  |  |  | | | |
| 9) |  |  |  |  | | | |
| 10) |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ………………………….……………. | | |  | ………………………….……………. | | | |
| *(pieczęć instytucji)* | | |  | *(podpis opiekuna z praktyki z instytucji)* | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |