*Załącznik nr 6 do Regulaminu praktyk zawodowych*

###### 

Kierunek studiów: …………………………………………………………….…………

Forma studiów: **STACJONARNE / NIESTACJONARNE** \*

Rok akademicki: ..........................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ

..................................................................................................................................................

###### *Imię i nazwisko Studenta/ki*

...............................................

*nr albumu*

...............................................

*Termin odbywania praktyki*

MIEJSCE REALIZOWANIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Nazwa Organizatora Praktyk:

......................................................................................................................................

......................................................................................................................................

Adres Organizatora praktyk:

......................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

Opiekun praktyk zawodowych (imię i nazwisko, telefon)

......................................................................................................................................

*\*niewłaściwe skreślić*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |
|  | **PRZEBIEG REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ**  **uwzględniający specyfikę działalności Organizatora praktyk**  **(*wypełnia student/ka)***  Program praktyk:   * stanowi załącznik do **Trójstronnej umowy o organizację praktyki zawodowej** * inne ……………………………..  |  | | --- | | **Charakterystyka profilu działalności Organizatora praktyk** | |  | | | | |
| **KARTA PRAKTYKI ZAWODOWEJ** | | | |
| Data | | Liczba godzin | Opis realizacji zadań merytorycznie związanych z kierunkiem studiów i efektami uczenia się studenta/ki zgodna z Ramowym programem praktyki zawodowej |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **OGÓŁEM** | | **120 h** | **UWAGI:** |

........................................... ............................................................ *Podpis studenta/ki*  *Podpis Opiekuna praktyk*

#### PODSUMOWANIE REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ

#### Samocena stopnia realizacji efektów uczenia sią – wypełnia student/ka

(należy uwzględnić wszystkie elementy wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych wskazane w Sylabusie przedmiotu „Praktyka zawodowa” dla danego kierunku studiów)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Efekty uczenia się przyjęte dla Praktyki zawodowej na kierunku studiów**  *(należy wymienić wszystkie wskazane w Sylabusie Praktyka zawodowa dla danego kierunku studiów)* | Ocena realizacji efektów uczenia się\* | | |
| w pełni | częściowo | brak |
| **Wiedza** | | | |
| W1 |  |  |  |
| … |  |  |  |
| **Umiejętności** | | | |
| U1 |  |  |  |
| … |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Kompetencje społeczne** | | | |
| K1 |  |  |  |
| … |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*wstawić „X” w odpowiednią rubrykę kierując się zakresem obowiązków*

……………….………….…

*Podpis studenta/ki*

#### Ocena stopnia realizacji efektów uczenia sią przez studenta/kę –

#### wypełnia Opiekun praktyk

(należy uwzględnić wszystkie elementy wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych wskazane w Sylabusie przedmiotu „Praktyka zawodowa” dla danego kierunku studiów)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Efekty uczenia się przyjęte dla Praktyki zawodowej na kierunku studiów**  *(należy wymienić wszystkie wskazane w Sylabusie Praktyka zawodowa dla danego kierunku studiów)* | Ocena realizacji efektów uczenia się\* | | |
| w pełni | częściowo | brak |
| **Wiedza** | | | |
| W1 |  |  |  |
| … |  |  |  |
| **Umiejętności** | | | |
| U1 |  |  |  |
| … |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Kompetencje społeczne** | | | |
| K1 |  |  |  |
| … |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*wstawić „X” w odpowiednią rubrykę kierując się zakresem obowiązków*

……………….………….…

*Podpis Opiekuna praktyk*

**Oświadczenie Opiekuna praktyk zawodowych**

Oświadczam, iż podczas realizowanej przez Studenta/kę praktyki zapewnione zostały warunki techniczne oraz opieka merytoryczna nad realizowanym procesem, w tym:

* przygotowanie stanowiska pracy dla Studenta/ki,
* zapoznanie Studenta/ki z obowiązkami i warunkami pracy, w tym z regulaminem pracy;
* przeprowadzenie niezbędnych szkoleń związanych z zajmowanym przez Studenta/kę stanowiskiem;
* dostępność opiekuna praktyk oraz jego wsparcie w realizacji powierzonych zadań,
* monitorowanie postępów w realizacji programu praktyk, ich ocena.

……………….………….…

*Data i podpis Opiekuna praktyk*

**Opinia i ocena stopnia realizacji programu praktyki zawodowej – wypełnia Opiekun praktyk**

|  |  |
| --- | --- |
| **Opinia i ocena realizowanej praktyki:** | |
| Na podstawie analizy przebiegu praktyki zawodowej, wskazanej w Karcie praktyki zawodowej oraz obserwacji realizowanych podczas wykonywania przez studenta/tkę zadań, potwierdzam realizację programu oraz osiągnięcie efektów uczenia się (wiedzy, umiejętności, kompetencji) określonych w sylabusie praktyki zawodowej | * Tak * Nie |

……………….………….…

*Data i podpis Opiekuna praktyk*

**Opinia nt. praktyki zawodowej – wypełnia student/ka**

|  |
| --- |
| **Spostrzeżenia i informacje Studenta/tki dotyczące przebiegu praktyki** |
|  |
| **Odniesienie Studenta/tki do opinii Opiekuna praktyki (fakultatywnie)** |
| * Nie mam uwag do opinii Opiekuna praktyki * Zgłaszam następujące uwagi do opinii Opiekuna praktyki |

*\*niewłaściwe skreślić*

……………….………….…

*Data i podpis Studenta/ki*

**UWAGA**

**Kompletny Dziennik praktyki zawodowej należy złożyć w Centrum Współpracy**   
**z Biznesem – Biurze Karier/ Biurze Filii w Jeleniej Górze w terminie do 7 dni od zakończenia praktyki, nie później niż do 22.09.2020 r.**

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**DECYZJA O ZALICZENIU PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

*Zaliczam praktykę zawodową / nie zaliczam praktyki zawodowej\**

*Przyznaję/nie przyznaję*\* za zrealizowanie praktyki zawodowej 4 punkty ECTS stosownie do realizowanego programu studiów.

*Data* ………………………… .........…………..………………………………………

*Podpis Prodziekan ds. Studenckich/Prodziekan Filii*

*\*niewłaściwe skreślić*