**UNIWERSYTET DOLNOŚLĄSKI DSW WE WROCŁAWIU**

**WYDZIAŁ STUDIÓW STOSOWANYCH**

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

**Specjalność** ………………………………………………………………………………..………………………..

**Poziom studiów:** pierwszy stopień / drugi stopień / jednolite studia magisterskie\*

**Forma studiów:**  stacjonarne / niestacjonarne\*

**Nabór, cykl kształcenia:**  zimowy / letni\*, rok akademicki rozpoczęcia studiów ……………..…..……………

**Imię i nazwisko UCZELNIANEGO OPIEKUNA PRAKTYKI** …………………………………………………………………………………

**Nazwa realizowanej praktyki** …………………………………………………………………

**za semestr** (numer semestru) …………………………………………………………………

**Dziennik Praktyk**

**Data rozpoczęcia praktyki w Instytucji Przyjmującej na praktykę** ………………………………………………………

**Data zakończenia praktyki w Instytucji Przyjmującej na praktykę** ………………………………………………………

**Imię i nazwisko studenta/ki** ………………………………….………………….…………………………..……………

**Numer albumu:** ………………………………………………………………………………..…..…………

**Numer telefonu:** ……………………………………………….…………………………….…………………

**E-mail:** ………………………………………………….…………….………………...……………

**Nr umowy ubezpieczenia NNW:** …………………………………………………………………………………..……………

**Nr umowy ubezpieczenia OC\***\***:** …………………………………………………………………………………………………

**MIEJSCE REALIZACJI PRAKTYKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Instytucji Przyjmującejna praktykę** |  |
| **Adres Instytucji Przyjmującej na praktykę** |
| **Ulica, numer domu/lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |

**OPIEKUN PRAKTYKI (w Instytucji Przyjmującej na praktykę):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **E-mail** |  |

\*niewłaściwe skreślić

\*\*ubezpieczenie OC jest nieobowiązkowe, jednak Instytucja przyjmująca na praktykę może wymagać posiadania przez studenta aktualnej polisy OC (dotyczy to głównie studentów z kierunków: Psychologia, Kosmetologia, Dietetyka)

**Karta przebiegu praktyk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Godziny pracy od - do** | **Liczba godzin praktyk** | **Opis realizacji zadań merytorycznie związanych z kierunkiem studiów i efektami uczenia się studenta/ki zgodny z Programem i regulaminem praktyk na kierunku** |
|  |  |  | **Wprowadzenie do praktyk** |
|  |  |  | **Ewaluacja praktyk** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Ogółem liczba godzin zegarowych praktyki** |  | **UWAGI:** |
| **Ogółem liczba godzin dydaktycznych praktyki\*\*** |  |
| \* **Łączna liczba godzin praktyk zawiera**:1. Liczbę godziny zajęć „Wprowadzenie do praktyk”2. Liczbę godzin praktyk zrealizowanych w Instytucji Przyjmującej na praktykę3. Liczbę godzin zajęć „Ewaluacja praktyk”\*\* Wyjaśnienie: **1 godzina dydaktyczna to 0,75 godziny zegarowej****Wzór do przeliczenia godzin zegarowych na dydaktyczne**:liczba godzin zegarowych praktyk x 60 minut/45 minut = liczba godzin dydaktycznych praktyk**Wzór do przeliczenia godzin dydaktycznych na zegarowe**:liczba godzin dydaktycznych praktyk x 45 minut/60 minut = liczba godzin zegarowych praktyk Pieczęć Instytucji Przyjmującej na praktykęi czytelny podpis Opiekuna Praktyk w Instytucji Przyjmującej |

**Ocena stopnia realizacji efektów uczenia się studenta**

**– wypełnia Opiekun Praktyk z Instytucji Przyjmującej na praktykę**

(należy uwzględnić wszystkie elementy wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych wskazane
w „Programie i Regulaminie Praktyk” dla danego kierunku studiów i cyklu kształcenia)

|  |  |
| --- | --- |
| **Efekty uczenia się przyjęte dla praktyki na kierunku studiów** | **Ocena realizacji efektów uczenia się\*** |
| **w pełni** | **częściowo** | **brak** |
| **Wiedza:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Umiejętności:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Kompetencje społeczne:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*Student samodzielnie uzupełnia efekty uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych na podstawie „Programu i regulaminu praktyk”. Pracodawca ocenia poziom ich zrealizowania podczas praktyki wstawiając „X” w odpowiedniej rubryce. Prosimy kierować się zakresem obowiązków/rodzajem wykonywanych przez studenta zadań podczas praktyki.

………………………………………………………………………………………

Pieczęć Instytucji Przyjmującej na praktykę
i czytelny podpis Opiekuna Praktyk w Instytucji Przyjmującej

**Oświadczenie Opiekuna praktyk w Instytucji Przyjmującej na praktykę**

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;
* monitorowanie postępów w realizacji programu praktyk, ich ocena.

…………………………………………………………………………………………

Pieczęć Instytucji Przyjmującej na praktykę
i czytelny podpis Opiekuna Praktyk w Instytucji Przyjmującej

**Ocena przebiegu praktyk**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zaliczenie praktyki**(wpisuje zaliczający z ramienia Instytucji Przyjmującej na praktykę) | **Zaliczenie praktyki**(wpisuje Uczelniany Opiekun Praktyk z ramienia Uniwersytetu Dolnośląskiego DSW) |
| **Data rozpoczęcia praktykw Instytucji Przyjmującej na praktykę** | **Data zakończenia praktykw Instytucji Przyjmującej na praktykę** | **Liczba godzin dydaktycznych praktyk\*** | **Ocena\*\*** | **Pieczęć Instytucji Przyjmującej na praktykę i czytelny podpis Opiekuna Praktyk** | **Ocena\*\*** | **Data** | **Podpis i pieczęć Uczelnianego Opiekuna Praktyk** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Liczba godzin dydaktycznych musi być taka sama jak w „Programie i Regulaminie praktyk”.

\*\*Ocena wg skali: bdb; db; dst; ndst lub zal./niezal. zgodnie z „Programem i Regulaminem praktyk”.

|  |
| --- |
| **Uwagi i opinie Opiekuna Praktyk z Instytucji Przyjmującej na praktykę** |
|  |
| …………………………………………………………………………………Pieczęć Instytucji Przyjmującej na praktykęi czytelny podpis Opiekuna Praktyk w Instytucji Przyjmującej  |