**UNIWERSYTET DOLNOŚLĄSKI DSW Z SIEDZIBĄ WE WROCŁAWIU**

**WYDZIAŁ STUDIÓW STOSOWANYCH**

**Kierunek:** …………………………………………………………………

**Poziom studiów:** …………………………………………………………………

**Forma studiów:**  stacjonarne / niestacjonarne[[1]](#footnote-2)

**Nabór:**  zimowy / letni[[2]](#footnote-3), roku akademickiego ………………

**Rok studiów:**  …………………………………………………………………

**Semestr studiów:** …………………………………………………………………

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

**Dziennik praktyk**

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

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

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

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

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

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

**Imię i nazwisko Uczelnianego Opiekuna Praktyk** ……………………………………………………………….…..…

**MIEJSCE REALIZOWANIA PRAKTYKI:**

**Nazwa Instytucji Przyjmującej na praktykę:**

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

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

**Adres Instytucji Przyjmującej na praktykę:**

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

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

**Imię i nazwisko Opiekuna Praktyki w Instytucji Przyjmującej na praktykę:**

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

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

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

**Karta przebiegu praktyk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Godziny pracy  od - do** | **Liczba godzin dydaktycznych 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 dydaktycznych** | |  | **UWAGI:** |
| **Wyjaśnienie:1 godzina dydaktyczna to 3/4 godziny zegarowej, natomiast 1 godzina zegarowa to 4/3 godziny dydaktycznej.**    Pieczęć Instytucji Przyjmującej  i 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:** | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* Po uzupełnieniu efektów z „Programu i Regulaminu Praktyk” proszę wstawić „X” w odpowiednią rubrykę kierując się zakresem obowiązków/zadań zrealizowanych podczas praktyki

…………………………………………………………………………………

Pieczęć i czytelny podpis   
Opiekuna Praktyk w Instytucji Przyjmującej na praktykę

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

**Ocena przebiegu praktyk**

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

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

**1 godzina dydaktyczna to 0,75 godziny zegarowej.**

**\*\*Ocena wg skali:** bdb; db; dst; ndst, zal zgodnie z „Programem i Regulaminem praktyk” dla danego kierunku studiów i cyklu kształcenia.

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

1. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-2)
2. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-3)