

KARTA REALIZACJI PRAKTYKI

Część A: Wypełnia Firma we współpracy ze studentem

IMIĘ I NAZWISKO	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
NR ALBUMU	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
E-MAIL	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
TELEFON	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
RODZAJ PRAKTYKI	Wybierz z listy.
RODZAJ STUDIÓW	Wybierz z listy.
STOPIEŃ	Wybierz z listy.
ROK	Wybierz z listy.
KIERUNEK	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
PROFIL	Wybierz z listy.

NAZWA FIRMY	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
ADRES	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAKTYKI	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
DATA ROZPOCZĘCIA PRAKTYKI/INNEJ AKTYWNOŚCI**	Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.
DATA ZAKOŃCZENIA PRAKTYKI/INNEJ AKTYWNOŚCI**	Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

HARMONOGRAM ZREALIZOWANEJ PRAKTYKI

DATA	LICZBA GODZIN	DATA	LICZBA GODZIN	DATA	LICZBA GODZIN
DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość
DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość
DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość
DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość
DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość
DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość
DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość
DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość
DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość
DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość	DATA	Wpisz ilość

ZADANIA ZREALIZOWANE PODCZAS PRAKTYKI

1.	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
2.	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
3.	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
4.	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
5.	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
6.	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
7.	Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

.....
(podpis studenta)

Podczas trwania praktyki student osiągnął efekty kształcenia dotyczące wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych dla studiowanego kierunku. Wykaz efektów kształcenia wraz z kodami dostępny na stronie Szkoły Studiów I i II Stopnia.

OPINIA OPIEKUNA ZAWODOWEGO PRAKTYKI

*niepotrzebne skreślić

Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst

Potwierdzam odbycie praktyki oraz wykonanie wymienionych wyżej zadań przez studenta.

Imię i nazwisko osoby uprawnionej w Firmie	Podpis oraz pieczęć
Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.	

Część B: Wypełniają przedstawiciele Uczelni

Dotyczy praktyki obowiązkowej lub uznania innych aktywności studenta, jako praktyki obowiązkowej

Imię i nazwisko promotora	Zaliczenie praktyki	Data	Podpis promotora
Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.	<input type="checkbox"/> Zaliczam <input type="checkbox"/> Nie zaliczam	Data	

Dotyczy uznania innych aktywności studenta, jako praktyki obowiązkowej

Imię i nazwisko Dziekana	Zaliczenie praktyki	Data	Podpis Dziekan
Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.	<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody	Data	

W przypadku praktyki dodatkowej w trakcie roku akademickiego i w okresie wakacyjnym wymagany jest tylko podpis firmy.

*niepotrzebne skreślić

**INNA AKTYWNOŚĆ- praca zarobkowa/ praktyka obowiązkowa w ramach innej szkoły wyższej/ indywidualna działalność gospodarcza/ praktyka zagraniczna/praktyka dodatkowa