

Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim

KARTA PRAKTYKI Wydział

Rodzaj praktyki:	
-------------------------	--

Nazwisko i imię studenta:		
Adres zamieszkania:		
Nr albumu:		
Kierunek studiów:		
Moduł/specjalność:		
Poziom i profil kształcenia		
Rok studiów:		

<u>Miejsce i termin praktyki:</u>			
Nazwa i adres zakładu pracy:			
	ul:		
Termin odbywania praktyki:	od		do
Czas trwania praktyki (liczba tygodni/godzin):			

Podstawa odbytej praktyki (właściwe zaznaczyć):

- a) skierowanie z AJP na podstawie zawartego porozumienia
- b) skierowanie z AJP na podstawie oświadczenia zakładu pracy
- d) inna

Efekty uczenia się dla praktyki zawodowej

Symbol efektu uczenia się	Nazwa efektu uczenia się w zakresie wiedzy (W), umiejętności (U) i kompetencji społecznych (K)
	Wiedza (W)
	Umiejętności (U)
	Kompetencje społeczne (K)

--	--

Opinia zakładu pracy o realizacji praktyki zawodowej

1. Główne zadania programowe, z którymi student zapoznał się w zakładzie pracy podczas praktyki (proszę podać działy, komórki organizacyjne oraz główne zadania, które realizował student):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Opinia patrona praktyk dotycząca wywiązywania się studenta z powierzonych zadań w zakładzie pracy i jego predyspozycji do zawodu:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Ocena opisowa praktyki studenta w zakładzie pracy wystawiona przez patrona praktyk:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Potwierdzenie odbycia praktyki w zakładzie pracy i osiągnięcia efektów uczenia się przypisanych dla praktyki:

pieczęć Zakładu Pracy	data	imię i nazwisko oraz podpis Patrona praktyk
-----------------------	------	---------------------------------------------

Samoocena praktyki

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

.....
miejsowość, data

.....
podpis studenta

ZALICZENIE PRAKTYKI PRZEZ OPIEKUNA PRAKTYK

1. Uwagi dotyczące osiągnięcia efektów uczenia się określonych dla praktyki w programie studiów:

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

2. Potwierdzenie zaliczenia praktyki:

zaliczam praktykę / nie zaliczam praktyki

.....
Imię i nazwisko opiekuna praktyk

.....
data i podpis