*Załącznik nr 4*

Pieczęć uczelni

**DZIENNIK PRAKTYK – Semestr III**

Imię i nazwisko studenta ....................................................................................................

Nr albumu ..................................

Kierunek KOSMETOLOGIA Semestr **III** Studnia stacjonarne/niestacjonarne \*) **I STOPNIA**

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

PRZEBIEG PRAKTYKI

(wpisuje opiekun praktyki z ramienia zakładu pracy)

|  |  |
| --- | --- |
| Data rozpoczęcia praktyki  | Data zakończenia praktyki |
|  |  |
| Liczba tygodni pracy  | Liczba godzin pracy  |
|  | 144 |

Opinia oraz ocena pracy praktykanta na podstawie „karty oceny praktyk” str. 2:

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

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

pieczęć zakładu pracy pieczęć i podpis opiekuna praktyki z zakładu pracy

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

ZALICZENIE PRAKTYKI

(wpisuje organizator praktyk na uczelni)

Praktykę zawodową zaliczam/nie zaliczam \*) - ocena

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

Miejscowość, data pieczęć i podpis organizatora praktyk na uczelni

Powód niezaliczenia praktyk: …............................................................................................................................................…............................................................................................................................................

\*) niepotrzebne skreślić

|  |
| --- |
| **KARTA OCENY PRAKTYK**Wypełnia opiekun praktyk w „firmie” |
| **REALIZOWANE EFEKTY KSZTAŁCENIA** | **ZAKRES REALIZACJI EFEKTÓW WYRAŻONY PUNKTACJĄ** |
| Lp. | EFEKT KSZTAŁCENIAStudent potrafi/reprezentuje postawę: | Punktacja **3-5,** gdzie:**3** poziom dostateczny**, 5** poziom bardzo dobry |
| 1. | przygotować klienta i skórę do zabiegów, |  |
| 2.  | ocenić stan skóry, zaproponować i wykonać zabiegi kosmetyczne udzielić porady kosmetycznej w zakresie podstawowych rodzajów cer (tłusta, sucha, mieszana, naczyniowa) |  |
| 3. | tworzyć plan działań odpowiadający potrzebom klienta, samodzielnie planować własną pracę; |  |
| 4. | wykorzystywać aparaty stosowane w gabinecie kosmetycznym podczas zabiegów elektroleczniczych |  |
| 5.  | reprezentuje postawę otwartości i wrażliwości w kontakcie z klientem; |  |
| 6. | reprezentuje postawę odpowiedzialności za swoje decyzje; |  |
| 7. | rozumie potrzebę doskonalenia się w aspekcie zawodowym; |  |
| 8. | posiada świadomość nieomylności i potrzeby kontaktu z ekspertami w dziedzinie zawodowej. |  |

**Uwagi:**

*data i podpis opiekuna praktyk w „Firmie”*

**OCENA PRAKTYK DOKONYWANA PRZEZ UCZELNIANEGO OPIEKUNA PRAKTYK NA PODSTAWIE PRZYZNANEJ LICZBY PUNKTÓW**

PUNKTACJA:

24 – 27 punktów – dostateczny

28 – 30 punktów – dostateczny plus

31 – 33 punktów – dobry

34 – 36 punktów – dobry plus

37 – 40 punktów – bardzo dobry

|  |  |
| --- | --- |
| OGÓLNA LICZBA PUNKTÓW PRZYZNANYCH PRZEZ OPIEKUNA PRAKTYK W „FIRMIE” | OCENA WYSTAWIONA NA PODSTAWIE PRZYZNANYCH PUNKTÓW PRZEZ UCZELNIANEGO OPIEKUNA PRAKTYK |
|  |  |

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

Nazwa zakładu pracy

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

**KARTA PRACY**

|  |
| --- |
| tydzień od ......................................... 20….. r. do .................................... 20..... r.  |
| data | Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy  |
|  |  |

.................................................................. Pieczęć i podpis zakładowego opiekuna praktyk

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

Nazwa zakładu pracy

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

**KARTA PRACY**

|  |
| --- |
| tydzień od ......................................... 20….. r. do .................................... 20..... r.  |
| data | Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy  |
|  |  |

.................................................................. Pieczęć i podpis zakładowego opiekuna praktyk

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

Nazwa zakładu pracy

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

**KARTA PRACY**

|  |
| --- |
| tydzień od ......................................... 20….. r. do .................................... 20..... r.  |
| data | Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy  |
|  |  |

.................................................................. Pieczęć i podpis zakładowego opiekuna praktyk

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

Nazwa zakładu pracy

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

**KARTA PRACY**

|  |
| --- |
| tydzień od ......................................... 20….. r. do .................................... 20..... r.  |
| data | Wyszczególnienie wykonywanych zajęć. Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy  |
|  |  |

.................................................................. Pieczęć i podpis zakładowego opiekuna praktyk

**OPINIA ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK O STUDENCIE**

Prosimy ocenić w formie opisowej pracę studenta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pieczęć i podpis zakładowego opiekuna praktyk