*Załącznik nr 4*

Pieczęć uczelni

**DZIENNIK PRAKTYK – Semestr II mgr**

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

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

Kierunek KOSMETOLOGIA Semestr **II** Studnia stacjonarne/niestacjonarne \*) **II STOPNIA**

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

PRZEBIEG PRAKTYKI

(wpisuje opiekun praktyki z ramienia zakładu pracy)

|  |  |
| --- | --- |
| Data rozpoczęcia praktyki | Data zakończenia praktyki |
|  |  |
| Liczba tygodni pracy | Liczba godzin pracy |
|  | 160 |

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 |
| L.P. | EFEKT KSZTAŁCENIA  **Student umie/reprezentuje postawę:** | Punktacja **3-5,** gdzie **3** oznacza poziom dostateczny**, 5** poziom bardzo dobry |
| 1. | wykonywać masaż liftingujący twarzy z użyciem technik manualnych; |  |
| 2. | wykonywać pilingi ziołowe; |  |
| 3. | wykonywać zabiegi złuszczania mechanicznego – mikrodermabrazja korundowa i diamentowa; |  |
| 4. | wykonywać zabiegi eksfoliacji z użyciem kwasów o wysokich stężeniach; |  |
| 5. | tworzyć plan działań odpowiadający potrzebom klienta  Samodzielnie planować własną pracę; |  |
| 6. | reprezentuje postawę otwartości i wrażliwości w kontakcie z klientem; |  |
| 7. | reprezentuje postawę odpowiedzialności za swoje decyzje; |  |
| 8. | rozumie potrzebę doskonalenia się w aspekcie zawodowym; |  |
| 9. | posiada świadomość nieomylności i potrzeby kontaktu z ekspertami w dziedzinie zawodowej. |  |
| SUMA PUNKTÓW | |  |

**Uwagi:**

*data i podpis opiekuna praktyk w „Firmie”*

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

PUNKTACJA:

23 – 26 punktów – dostateczny

27 – 31 punktów – dostateczny plus

32 – 36 punktów – dobry

37 – 41 punktów – dobry plus

42 – 45 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