**Opinia o przebiegu praktyki zawodowej**

**studenta Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku**

**kierunek KOSMETOLOGIA**

1. Imię i nazwisko studenta: ……………………………........................................................................................................................

2. Miejsce praktyki (nazwa i adres instytucji):

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

3. Termin praktyki:

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

4. Imię i nazwisko opiekuna praktyki: ……………………………………...........................................................................................................

5. Opinia: .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................…………..…………………………………………………………………………………………….……………..…………………………………………………..…………………………………………..........................................................................................................................................................................................

OCENA: .....................................................................................................................................................

6. Wnioski i uwagi pod adresem Uczelni: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ............................................... | ............................................... | ............................................... |
| Miejscowość, data | Pieczątka Jednostki | Podpis opiekuna praktyki |

**PLAN PRZEBIEGU PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

1. Imię i nazwisko studenta: .....................................................................................................................

2. Miejsce praktyki (nazwa i dokładny adres instytucji): .........................................................................

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

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

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

3. Termin praktyki: ....................................................................................................................................

4. Imię i nazwisko opiekuna praktyki: .......................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Godziny praktyki (od – do) | Krótki opis zadania |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ......................................... | ......................................... |
| Miejscowość, data | Podpis opiekuna praktyki |

**UNIWERSYTET POMORSKI W SŁUPSKU**

**INSTYTUT NAUK O ZDROWIU**

**DZIENNIK PRAKTYKI**

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

Imię i nazwisko studenta

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

Kierunek studiów, rok studiów

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

Specjalność

|  |
| --- |
| ............................................ |
| Nr albumu |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ............................................ |  |  | ............................................ |
| Pieczątka Jednostki |  |  | Podpis opiekuna praktyki |

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

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

Miejsce praktyki (nazwa instytucji)

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

**KARTA DZIENNA PRZEBIEGU PRAKTYKI**

Data………………….. Liczba godzin praktyki…………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Godziny praktyki  od – do | Przebieg i opis czynności (zajęć, zadań) wykonywanych lub obserwowanych (ewentualnie uwagi i wnioski praktykanta) |
|  |  |

Podpis opiekuna praktyk

…………………………………………………….

Imię i nazwisko

……………………………………………………..

Dokładny adres zamieszkania studenta / studentki

**Oświadczenie**

O możliwości realizacji praktyki zawodowej studentów studiów pierwszego stopnia, kierunku KOSMETOLOGIA

1. Nazwa Jednostki …………………………………………………………………………………………..
2. Dokładny adres Jednostki …………………………………………………………………………………………...
3. Nazwisko opiekuna praktyk …………………………………………………………………………………………...

|  |  |
| --- | --- |
| …….……………………………..  Podpis przyjmującego na praktykę | …….……………………………..  Podpis studenta/studentki |

…………………………………………………….

Imię i nazwisko

……………………………………………………..

Dokładny adres zamieszkania studenta / studentki

**Oświadczenie**

O ubezpieczeniu od następstw nieszczęśliwych wypadków (NW) oraz odpowiedzialności cywilnej (OC)

Nazwa Towarzystwa Ubezpieczeniowego

…………………………………………………………………………………………………

Numer Polisy ubezpieczeniowej

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

Okres ubezpieczenia

…………………………………………………………………………………………………

Przewidywany termin praktyk

………………………………………………………………………………………………

………………………………

Podpis studenta