**Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim**

# KARTA PRAKTYKI ZAWODOWEJ

**Wydział …….**

| | |
|---|---|
| **Rodzaj praktyki:** | |

| | | |
|---|---|---|
| **Nazwisko i imię studenta:** | | |
| **Adres zamieszkania:** | | |
| **Nr albumu:** | | |
| **Kierunek studiów:** | | |
| **Moduł obieralny:** | | |
| **Poziom i profil kształcenia** | | |
| **Rok studiów:** | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Miejsce i termin praktyki:** | | | | |
| 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 uczelni na podstawie zawartego porozumienia
b) skierowanie z uczelni na podstawie oświadczenia zakładu pracy
c) umowa o pracę ze studentem
d) inna .....

## Efekty kształcenia dla praktyki zawodowej

| Symbol efektu | Nazwa efektu kształcenia 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 praktykant zapoznał się w zakładzie pracy podczas praktyki (proszę podać działy, komórki organizacyjne oraz główne zadania, które realizował student):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Potwierdzenie odbycia praktyki w zakładzie i osiągnięcia efektów praktyki:

| ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|
| pieczęć zakładu pracy | data | imię i nazwisko oraz podpis zakładowego opiekuna praktyk |

**Samoocena praktyki**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

| ..... | ..... |
|---|---|
| miejscowość, data | podpis studenta |

## ZALICZENIE PRAKTYKI PRZEZ OPIEKUNA PRAKTYK

1. Uwagi dotyczące osiągniecia efektów określonych dla praktyki w programie kształcenia:

.....

.....

.....

2. Potwierdzenie zaliczenia praktyki:

**zaliczam praktykę / nie zaliczam praktyki**

| ..... | ..... |
|---|---|
| mię i nazwisko opiekuna praktyk | data i podpis |