# **Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Instytut Nauk o Zdrowiu Kierunek – Dietetyka**

**DZIENNIK PRAKTYK**  
……………………………………………………  
Nazwa zakładu pracy  
.......... godz. od ……………. - ……………… roku  
Czas trwania praktyk  
......................................................  
Imię i nazwisko  
......................................................  
Numer albumu

Rok studiów: ...... rok,   
studia stacjonarne (niestacjonarne) I stopnia, licencjackie, kierunek- dietetyka.  
………………………………………………………………………  
Ocena studenta dokonana przez Kierownika lub inną osobę upoważnioną (z podpisem i pieczęcią Kierownika)  
………………………………………………………………………  
Podpis Opiekuna praktyk studenckich

**OPIS Zakładu pracy**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Proszę uzupełnić tabelę |
| Nazwa zakładu pracy , adres |  |
| Działalność prowadzona  przez zakład pracy |  |

**STRESZCZENIE PRAKTYK**Należy uwzględnić:  
Czas trwania praktyk w okresie od ............do ................roku.-----------------  
Zakres obowiązków i zajęć realizowanych w ramach praktyk w danym miejscu ich odbywania (liczba godzin dziennie, wyszczególnienie zajęć).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dzień** | **Godziny**  **pracy** | **Wyszczególnienie zajęć** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**(Tę stronę należy powielić, ile jest to konieczne)**

…………………….Podpis studenta  
…………………………………………………………….  
Podpis i pieczęć kierownika lub innej osoby upoważnionej