**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