**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