Załącznik nr 3 do Regulaminu Praktyk

# DZIENNIK PRAKTYK

**KIERUNEK STUDIÓW: KOSMETOLOGIA STUDIA O PROFILU PRAKTYCZNYM**

***UNIWERSYTET PRZYRODNICZO – HUMANISTYCZNY W SIEDLCACH***

***WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU***

***08-110 SIEDLCE UL. Prusa 14***

**IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA ODBYWAJĄCEGO PRAKTYKĘ:**

**...............................................................................................................................................**

**ROK AKAD./SEMESTR STUDIÓW**.......................................................................................

**NR ALBUMU**: ........................................................................................................................

**TERMIN(Y) PRAKTYKI**: ................................................................ ...................................... ...............................................................................................................................................

**LICZBA MIESIĘCY/GODZIN:** ...............................................................................................

 **(minimum 2 miesiące/320 godzin)**

**Jednostka przyjmująca na praktykę (nazwa, adres)**

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

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

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

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

**Imię i nazwisko Zakładowego Opiekuna(ów) Praktyki**

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

**PRZEBIEG PRAKTYKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA**   | **WYKONYWANE CZYNNOŚCI, WIADOMOŚCI, UMIEJĘTNOŚCI** **I KOMPETENCJE NABYWANE W CZASIE PRAKTYKI**   |
|   |   |

**Pieczątka Zakładu**

Załącznik nr 4 do Regulaminu Praktyk

## OPINIA O STUDENCIE

**Ewentualne uwagi i wskazówki skierowane do UPH w Siedlcach.**

1.Imię i nazwisko studenta odbywającego praktykę........................................................

2. Miejsce odbywania praktyki:

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

3.Termin odbywania praktyki:

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

4.Opinia o studencie:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**OCENA KOŃCOWA**: .....................................................................................................

**(skala ocen: 5; 4,5; 4,0; 3,5; 3; 2 (nzal)**

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

### Data podpis Zakładowego Opiekuna Praktyki

Klauzula informacyjna

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach z siedzibą przy ul. Konarskiego 2, 08-110 Siedlce;
2. Prawidłowość przetwarzania danych osobowych nadzoruje administratora bezpieczeństwa informacji z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iod@uph.edu.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach kontaktowych jako z osobą bezpośrednio odpowiedzialną za opiekę i nadzór nad powierzonymi studentami Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach;
4. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (Dz.U. UE L119 z 4.05.2016 r.);
5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane;
6. Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa;
7. Dane przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

Klauzula zgody

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych w trakcie podpisywania oświadczenia jako osoby bezpośrednio nadzorującej i odpowiedzialnej za praktykanta w celach kontaktowych. Zostałem poinformowany o moich prawach i obowiązkach. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych kontaktowych jest dobrowolne.

…………………………. ……………..…………………………….

 (data) (podpis opiekuna z ramienia zakładu pracy