

Uniwersytet w Siedlcach

Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

Instytut Nauk o Zdrowiu

DZIENNIK PRAKTYK

.....
.....

Nazwa zakładu pracy

..... godz. od do..... roku

Czas trwania praktyk

.....
.....

Imię i nazwisko

.....

Numer albumu

Rok studiów: rok, studia stacjonarne II stopnia, magisterskie, kierunek –
Turystyka i rekreacja.

.....

Ocena studenta dokonana przez Kierownika lub inną osobę upoważnioną (z
podpisem i pieczęcią Kierownika)

.....

Podpis Opiekuna praktyk studenckich

OPIS ZAKŁADU PRACY

Nazwa zakładu, adres	
Działalność prowadzona przez zakład pracy	

STRESZCZENIE PRAKTYK

Należy uwzględnić:

- Czas trwania praktyk w okresie oddoroku.
- Zakres obowiązków i zajęć realizowanych w ramach praktyk w danym miejscu ich odbywania (liczba godzin dziennie, wyszczególnienie zajęć).

Dzień	Godziny praktyk	Wyszczególnienie zajęć
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		

15.		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		

23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

.....
Podpis studenta

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