

**WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY Z ODDZIAŁEM MEDYCZYNY LABORATORYJNEJ**

**UNIwersytet Medyczny w Białymstoku**

**DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH**

studentów II roku kierunku Kosmetologia (studia I stopnia)

rok akademicki: .....

Imię i nazwisko studenta.....

Nr albumu.....

Lp.	Nazwa i adres Instytucji przyjmującej, w której była realizowana praktyka (nazwa, adres, numer telefonu kontaktowego)*	Symbol modułu	Czas trwania praktyki: od..... do .....	Liczba godzin dydaktycznych	Liczba pkt. ECTS
1		A (obowiązkowy)			15
2		..... (A lub B)			
<b>Łącznie:</b>				<b>400h</b>	<b>15</b>

.....  
data i podpis Opiekuna praktyk z ramienia Uczelni

## **PROGRAM PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

*Program praktyk należy pobrać ze strony internetowej Wydziału z zakładki „Praktyki zawodowe – II rok””  
(kierunek Kosmetologia I stopnia.).*

**Program praktyki zawodowej przyjęty zgodnie z programem i planem studiów na dany cykl kształcenia,  
właściwy/-e dla wybranego modułu.**

**Dziennik praktyk zawodowych Moduł ..... (A lub B)**

**Nazwa Instytucji przyjmującej.....**

*należy wydrukować tyle stron, ile student potrzebuje do zrealizowania wymaganego wymiaru godzin praktyk*

<b>Lp.</b>	<b>Data</b>	<b>Godziny pracy (od-do)</b>	<b>Godziny dydaktyczne</b>	<b>Opis wykonywanych czynności (w odniesieniu do programu praktyki zawodowej)</b>
<b>UWAGI Opiekuna praktyki z ramienia Instytucji</b>				
<b>Podpis Opiekuna praktyki zawodowej z ramienia Instytucji przyjmującej</b>				

## OPINIA O STUDENCIE OPIEKUNA PRAKTYK Z RAMIENIA INSTYTUCJI PRZYJMUJĄCEJ

(W przypadku realizowania praktyki w jednej Instytucji, wystarczy wypełnić tylko jedną tabelę.)

### Moduł A

Efekty uczenia się – obszar:	Ocena
Wiedza	
Umiejętności	
Kompetencje	

.....

Data

.....

podpis Opiekuna praktyk z ramienia Instytucji przyjmującej

## OPINIA O STUDENCIE OPIEKUNA PRAKTYK Z RAMIENIA INSTYTUCJI PRZYJMUJĄCEJ

(Należy wypełnić gdy student realizuje praktykę zawodową w dwóch i więcej różnych Instytucjach.

W przypadku odbywania praktyki w więcej niż dwóch Instytucjach, należy wydrukować dodatkowe karty.)

### Moduł ..... (A lub B)

Efekty uczenia się – obszar:	Ocena
Wiedza	
Umiejętności	
Kompetencje	

.....

data

.....

podpis Opiekuna praktyk z ramienia Instytucji przyjmującej

System ocen:

- 5 (bardzo dobry) – zakładane efekty uczenia się\* zostały osiągnięte
- 4,5 (ponad dobry) – zakładane efekty uczenia się\* zostały osiągnięte ze sporadycznymi błędami
- 4 (dobry) – zakładane efekty uczenia się\* zostały osiągnięte z dość licznymi błędami
- 3,5 (dość dobry) – zakładane efekty uczenia się\* zostały osiągnięte z licznymi błędami
- 3 (dostateczny) – zakładane efekty uczenia się\* zostały osiągnięte z licznymi istotnymi błędami
- 2 (niedostateczny) – praca studenta nie spełnia minimalnych wymagań

\*zgodne z Programem praktyki zawodowej

**OPISOWA OPINIA OPIEKUNA PRAKTYK  
Z RAMIENIA INSTYTUCJI PRZYJMUJĄCEJ O STUDENCIE**

*(W przypadku realizowania praktyki w jednej Instytucji, wystarczy wypełnić tylko jedną tabelę z oceną sylwetki studenta.)  
(wypełnienie nie jest obligatoryjne)*

**Moduł A**

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

.....  
data

.....  
podpis Opiekuna praktyk z ramienia Instytucji przyjmującej

**OPISOWA OPINIA OPIEKUNA PRAKTYK  
Z RAMIENIA INSTYTUCJI PRZYJMUJĄCEJ O STUDENCIE**

*(Należy wypełnić gdy student realizuje praktykę zawodową w dwóch i więcej różnych Instytucjach.  
W przypadku odbywania praktyki w więcej niż dwóch Instytucjach należy wydrukować dodatkowe karty.)  
(wypełnienie nie jest obligatoryjne)*

**Moduł ..... (A lub B)**

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

.....  
data

.....  
podpis Opiekuna praktyk z ramienia Instytucji przyjmującej



## ESEJ REFLEKSYJNY STUDENTA

*(na podstawie doświadczeń dotyczących profesjonalnych i/lub nieprofesjonalnych zachowań, z jakimi student spotkał się podczas realizowania praktyki zawodowej)*

**Proszę opisać sytuacje/wydarzenia (pozytywne lub negatywne), których doświadczył/a Pan/Pani podczas praktyki:**

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

**Jak Pan/Pani czuł/a się w tych sytuacjach?**

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

**Jak Pan/Pani myśli, co mogły odczuwać inne osoby zaangażowane w te sytuacje/wydarzenia?**

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

**Jakie hipotetyczne korzyści/następstwa dla klienta mogły mieć opisane wyżej sytuacje (np.: w odniesieniu do efektywności zabiegu, jego bezpieczeństwa, itp.)?**

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

**W kontekście opisanych sytuacji/wydarzeń, jakie będą miały one znaczenie w Pana/Pani przyszłości? Czy w przyszłej pracy zostaną zastosowane sytuacje/wydarzenia pozytywne, a jakie byłyby rozwiązania sytuacji negatywnych? Co byłoby sytuacją idealną?**

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

**Czy zaistniałe sytuacje/wydarzenia wymagają poszerzenia lub zdobycia nowej wiedzy, umiejętności i kompetencji?**

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

.....  
data

.....  
podpis studenta

## RAPORT KOŃCOWY OPIEKUNA PRAKTYK Z RAMIENIA UCZELNI

*W przypadku odbywania praktyki w więcej niż jednej Instytucji należy wydrukować dodatkowe karty i wypełnić odpowiednio dla wybranego modułu i Instytucji przyjmującej*

<b>Imię i nazwisko studenta*</b>		
<b>Kierunek studiów</b>	<b>Kosmetologia, studia I stopnia</b>	
<b>Rok studiów</b>	<b>II rok</b>	
	<b>Moduł ..... (A lub B)</b>	
<b>Instytucja przyjmująca*</b>		
<b>Imię i nazwisko Opiekuna praktyk z ramienia Instytucji przyjmującej**</b>		
<b>Ocena Opiekuna praktyk z ramienia Instytucji przyjmującej**</b>		
<b>Ocena eseju studenta***</b>  <i>Należy zakreślić odpowiednią ocenę; w przypadku oceny negatywnej informacja zwrotna udzielana studentom.</i>	Rozpoznanie zaistniałej sytuacji pozytywnej/negatywnej:	pozytywna/ negatywna
	Rozpoznanie korzyści/konsekwencji z zaistniałej sytuacji:	pozytywna/ negatywna
	Znaczenie w przyszłości/ Propozycja rozwiązania:	pozytywna/ negatywna
	Rozpoznanie znaczenia samokształcenia:	pozytywna/ negatywna
<b>Okres odbywania praktyki***</b>		
<b>Data kontroli praktyki***</b>		
<b>Data zaliczenia praktyki***</b>		

\* Wypełnia student

\*\* Wypełnia Opiekun praktyk z ramienia Instytucji przyjmującej

\*\*\*Wypełnia Opiekun praktyk z ramienia Uczelni

.....  
data, podpis Opiekuna praktyk z ramienia Uczelni

.....  
data, pieczęć i podpis Dziekana/Prodziekana Wydziału