

Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu
Wydział Biologii

Kierunek, stopień i rok studiów

DZIENNIK
STUDENCKICH PRAKTYK ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko studenta/studentki

.....

Nr indeksu

.....

Podpis Prodziekana ds. studenckich

.....

PRZEBIEG PRAKTYKI I OCENA PRAKTYKANTA

Miejsce praktyki	Data rozpoczęcia i zakończenia praktyki	Liczba zrealizowanych godzin praktyki	Ocena przebiegu praktyki przez opiekuna (w skali ocen 2 – 5)

Uwagi i spostrzeżenia opiekuna praktyki dot. wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych praktykanta.

Czy student/ka podczas praktyki:

wykazywał/a zaangażowanie i potrafił/a właściwie wykorzystać posiadaną wiedzę oraz umiejętności?

.....
poszerzał/a wiedzę, umiejętności zawodowe i świadomość ich znaczenia na rynku pracy?

.....
wykonywał/a powierzone zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zasadami BHP i ochrony przeciwpożarowej?

.....
wykazywał/a postawę proaktywną i rozumiał/a znaczenie przedsiębiorczości w pracy zawodowej?

.....
odpowiedzialnie i zgodnie z zasadami etyki zawodowej realizował/a powierzone zadania zarówno indywidualnie, jak i w grupie?

Czy wiedzę teoretyczną, umiejętności praktyczne i kompetencje społeczne praktykanta/praktykantki ocenia Pan(i) jako przydatne na obecnym rynku pracy?

Jeśli tak/raczej tak proszę wymienić najważniejsze:.....

Jeśli nie/raczej nie proszę podać co należałoby zmienić (dodać):.....

Czy zdecydował(a)by się Pan(i) przyjąć praktykantów naszego Wydziału w następnym roku na praktykę, gdyby zaistniała taka możliwość?.....

Pieczętka i podpis Dyrektora Szkoły

Podpis Opiekuna praktyki

Zaliczenie praktyki przez pełnomocnika Dziekana WB ds. studenckich praktyk zawodowych – ocena końcowa (w skali ocen 2 – 5)

Podpis Pełnomocnika Dziekana WB ds. praktyk

PRZEBIEG PRAKTYKI I OCENA PRAKTYKANTA

Miejsce praktyki	Data rozpoczęcia i zakończenia praktyki	Liczba zrealizowanych godzin praktyki	Ocena przebiegu praktyki przez opiekuna (w skali ocen 2 – 5)

Uwagi i spostrzeżenia opiekuna praktyki dot. wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych praktykanta.

Czy student/ka podczas praktyki:

wykazywał/a zaangażowanie i potrafił/a właściwie wykorzystać posiadaną wiedzę oraz umiejętności?

.....
poszerzał/a wiedzę, umiejętności zawodowe i świadomość ich znaczenia na rynku pracy?

.....
wykonywał/a powierzone zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zasadami BHP i ochrony przeciwpożarowej?

.....
wykazywał/a postawę proaktywną i rozumiał/a znaczenie przedsiębiorczości w pracy zawodowej?

.....
odpowiedzialnie i zgodnie z zasadami etyki zawodowej realizował/a powierzone zadania zarówno indywidualnie, jak i w grupie?

Czy wiedzę teoretyczną, umiejętności praktyczne i kompetencje społeczne praktykanta/praktykantki ocenia Pan(i) jako przydatne na obecnym rynku pracy?

Jeśli tak/raczej tak proszę wymienić najważniejsze:.....

Jeśli nie/raczej nie proszę podać co należałoby zmienić (dodać):.....

Czy zdecydował(a)by się Pan(i) przyjąć praktykantów naszego Wydziału w następnym roku na praktykę, gdyby zaistniała taka możliwość?.....

Pieczętka i podpis Dyrektora Szkoły

Podpis Opiekuna praktyki

Zaliczenie praktyki przez pełnomocnika Dziekana WB ds. studenckich praktyk zawodowych – ocena końcowa (w skali ocen 2 – 5)

Podpis Pełnomocnika Dziekana WB ds. praktyk

KARTA PRAKTYKI

MIEJSCE PRAKTYKI - NAZWA JEDNOSTKI/ZAKŁADU PRACY

.....

Data	Godz. od-do, liczba godz.	Wykonane zadania

Opiekun/Pracownik nadzorujący przebieg praktyki
pieczętka miejsca praktyki i podpis opiekuna

.....

KARTA PRAKTYKI

MIEJSCE PRAKTYKI - NAZWA JEDNOSTKI/ZAKŁADU PRACY

.....

Data	Godz. od-do, liczba godz.	Wykonane zadania

Opiekun/Pracownik nadzorujący przebieg praktyki
pieczętka miejsca praktyki i podpis opiekuna

.....

KARTA PRAKTYKI

MIEJSCE PRAKTYKI - NAZWA JEDNOSTKI/ZAKŁADU PRACY

.....

Data	Godz. od-do, liczba godz.	Wykonane zadania

Opiekun/Pracownik nadzorujący przebieg praktyki
pieczętka miejsca praktyki i podpis opiekuna

.....

KARTA PRAKTYKI

MIEJSCE PRAKTYKI - NAZWA JEDNOSTKI/ZAKŁADU PRACY

.....

Data	Godz. od-do, liczba godz.	Wykonane zadania

Opiekun/Pracownik nadzorujący przebieg praktyki
pieczętka miejsca praktyki i podpis opiekuna

.....

