Załącznik nr 3

Wyższa Szkoła Stosunków Międzynarodowych i Amerykanistyki
Wydział Nauk Politycznych

.....
(imię i nazwisko studenta)

.....
(numer albumu)

DZIENNIK
STUDENCKIEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Kierunek .....

Specjalność .....

Rok studiów i tryb studiów .....

Miejsce odbywania praktyki .....

Termin odbywania praktyki .....

Imię i nazwisko Opiekuna praktyki.....

PRZEBIEG PRAKTYKI

Nr kolejnego tygodnia praktyki: 1 Data _____
Liczba godzin: _____
Opis wykonywanych prac/czynności, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis studenta _____

Podpis opiekuna _____

Nr kolejnego tygodnia praktyki: 2 Data _____
Liczba godzin: _____
Opis wykonywanych prac/czynności, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis studenta _____

Podpis opiekuna _____

PRZEBIEG PRAKTYKI

Nr kolejnego tygodnia praktyki: 3 Data _____
Liczba godzin: _____
Opis wykonywanych prac/czynności, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis studenta _____

Podpis opiekuna _____

Nr kolejnego tygodnia praktyki: 4 Data _____
Liczba godzin: _____
Opis wykonywanych prac/czynności, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis studenta _____

Podpis opiekuna _____

PRZEBIEG PRAKTYKI

Nr kolejnego tygodnia praktyki: 5 Data _____
Liczba godzin: _____
Opis wykonywanych prac/czynności, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis studenta _____

Podpis opiekuna _____

Nr kolejnego tygodnia praktyki: 6 Data _____
Liczba godzin: _____
Opis wykonywanych prac/czynności, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis studenta _____

Podpis opiekuna _____

PRZEBIEG PRAKTYKI

Nr kolejnego tygodnia praktyki: 7 Data _____
Liczba godzin: _____
Opis wykonywanych prac/czynności, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis studenta _____

Podpis opiekuna _____

Nr kolejnego tygodnia praktyki: 8 Data _____
Liczba godzin: _____
Opis wykonywanych prac/czynności, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis studenta _____

Podpis opiekuna _____

PRZEBIEG PRAKTYKI

Nr kolejnego tygodnia praktyki: 9 Data _____
Liczba godzin: _____
Opis wykonywanych prac/czynności, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis studenta _____

Podpis opiekuna _____

Nr kolejnego tygodnia praktyki: 10 Data _____
Liczba godzin: _____
Opis wykonywanych prac/czynności, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis studenta _____

Podpis opiekuna _____

PRZEBIEG PRAKTYKI

Nr kolejnego tygodnia praktyki: 11 Data _____
Liczba godzin: _____
Opis wykonywanych prac/czynności, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis studenta _____

Podpis opiekuna _____

Nr kolejnego tygodnia praktyki: 12 Data _____
Liczba godzin: _____
Opis wykonywanych prac/czynności, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis studenta _____

Podpis opiekuna _____

PRZEBIEG PRAKTYKI

Nr kolejnego tygodnia praktyki: 13 Data _____
Liczba godzin: _____
Opis wykonywanych prac/czynności, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis studenta _____

Podpis opiekuna _____

OCENA PRAKTYKI

Imię i nazwisko studenta _____
PESEL _____

Ocena praktyki ((bdb, db plus, db, dst plus, dst, ndst.):

_____

_____
(czytelny podpis Zakładowego opiekuna praktyk)

M.P.

_____
(podpis Dyrektora/Kierownika Zakładu pracy lub osoby upoważnionej przez pracodawcę)

Miejscowość i data _____

_____

Wpis koordynatora praktyk o zaliczeniu praktyki

_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
(czytelny podpis koordynatora praktyk)

UWAGI STUDENTA NA TEMAT PRAKTYK

ADNOTACJE