*Załącznik nr 6*

*do Regulaminu Praktyk ZawodowychPWSW w Przemyślu*

**Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu**

**INSTYTUT NAUK SPOŁECZNYCH I OCHRONY ZDROWIA**

Student: ………………………………….…………….. Nr albumu: …………

Kierunek: ***Stosunki transgraniczne***

Studia*(forma, poziom)*: **stacjonarne, poziom drugiego stopnia** Rok akad.: ……….…

**SPRAWOZDANIE STUDENTAZ PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

odbytej w

……………………………………………………………………………………………………………

**1. Charakterystyka miejsca odbywania praktyki:***(Krótki opis instytucji w której odbywała się praktyka zawodowa)*

**2. Opis i analiza wykonywanych prac:**
*(Syntetyczny opis w odniesieniu do zapisów w dzienniku praktyki zawodowej)*

**3. Wiedza i umiejętności uzyskane w trakcie praktyki:***(Samoocena osiągniętych kompetencji z odniesieniem do zakładanych efektów uczenia się)*

**ZAŁĄCZNIKI:**
Załącznik nr 1: Dziennik praktyki zawodowej
Załącznik nr 2:…………………………………

 ………………………………………..

 *(data i podpis studenta)*

…………………………………………………….

(pieczęć instytutu)

**Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu**

**INSTYTUT NAUK SPOŁECZNYCH I OCHRONY ZDROWIA**

**DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

Student: …………………………………....

Nr albumu: ………………………..……….

Kierunek: ***Stosunki transgraniczne***

Studia (*forma, poziom*): **stacjonarne, poziom drugiego stopnia**

Rok akad.: 20…../20.…..

Podstawa skierowania (numer umowy): …………………………………….

Miejsce odbywania praktyki: ………………………………………………..

Data rozpoczęcia praktyki: ………..…………

Data zakończenia praktyki: …………………

……………………………………

*(podpis kierownika zakładu)*

Nazwa zakładu pracy ………………………………………………………….……………

|  |  |
| --- | --- |
| **KARTA TYGODNIOWA** |  |
| Tydzień od ... |  |  do  |  |
| Dzień | Godzinypracyod - do | Liczbagodzinpracy | Uwagi, obserwacje i wnioski studenta co do wykonywanej pracy | Podpis zakładowego opiekuna praktyki |
|  |  |  |  |  |

 ………………………..…………...
 *(podpis uczelnianego opiekuna praktyki)*

Nazwa zakładu pracy ………………………………………………………….……………

|  |  |
| --- | --- |
| **KARTA TYGODNIOWA** |  |
| Tydzień od ... |  |  do  |  |
| Dzień | Godzinypracyod - do | Liczbagodzinpracy | Uwagi, obserwacje i wnioski studenta co do wykonywanej pracy | Podpis zakładowego opiekuna praktyki |
|  |  |  |  |  |

 ………………………..…………...
 *(podpis uczelnianego opiekuna praktyki)*