

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach

Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu

Instytut Nauk o Zdrowiu

Kierunek - Dietetyka

DZIENNIK PRAKTYK

.....
Nazwa zakładu pracy
..... godz. od - roku
Czas trwania praktyk

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer albumu

Rok studiów: rok, studia stacjonarne (niestacjonarne) I stopnia,
licencjackie, kierunek- dietetyka.

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

.....
Podpis Opiekuna praktyk studenckich

OPIS Zakładu pracy

Proszę uzupełnić tabelę	
Nazwa zakładu pracy , 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).

<i>Dzień</i>	<i>Godziny pracy</i>	<i>Wyszczególnienie zajęć</i>

(Tę stronę należy powielić, ile jest to konieczne.)

.....

Podpis studenta

.....

Podpis i pieczęć kierownika lub innej osoby upoważnionej