**PROTOKÓŁ ZALICZENIA PRAKTYK STUDENCKICH**

Dane studenta:

Imię i nazwisko:

Nr albumu: Forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne

Kierunek studiów:

Rok studiów:

**Opinia uczelnianego opiekuna praktyk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| . |  |  |  |
| 1. | Praktyka była realizowana w odpowiedniej placówce.  |  TAK |  NIE |
| 2. | Student przedstawił odpowiednie dokumenty wymagane w Regulaminie praktyk | TAK | NIE |
| 3. | Student zrealizował co najmniej minimalną liczbę godzin wymaganą do zaliczenia praktyk. | TAK | NIE |
| 4. | Student osiągnął wszystkie efekty uczenia się przewidziane w *Programie praktyk studenckich.* | TAK | NIE |
| 5. | Zakres obowiązków studenta odpowiada treściom programowym opisanym w Programie praktyk studenckich. | TAK | NIE |
| 6. | Student uzyskał pozytywną opinię zakładowego opiekuna lub przełożonego | TAK | NIE |

Uwagi:

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

**Zatwierdzam\* / Nie zatwierdzam\* praktykę zawodową na podstawie wykonywanej pracy zawodowej studenta wymaganą programem studiów na kierunku ……………………………………**

 Imię i nazwisko uczelnianego opiekuna praktyk

 …………………………… ………………………………………………………

 Data Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

*\* Niepotrzebne skreślić*