

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ

1. DANE PODSTAWOWE (wypełnia student)

IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA	
WYDZIAŁ	<i>Zamiejscowy w Lubinie</i>
KIERUNEK	<i>Zarządzanie i inżynieria produkcji, I stopień</i>
ROK / SEMESTR (na którym realizowana jest praktyka zgodnie z planem studiów)	I rok/II semestr
NAZWA ZAKŁADU PRACY	
<i>Poniższe dane nie dotyczą studentów, którzy starają się o zaliczenie praktyki na podstawie zatrudnienia</i>	
TERMIN ODBYWANIA PRAKTYKI	
KOMÓRKA / KOMÓRKI ORGANIZACYJNE, W KTÓRYCH ODBYWAŁA SIĘ PRAKTYKA	
IMIĘ I NAZWISKO ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYKI	

.....
data

.....
czytelny podpis studenta

2. OCENA STOPNIA OSIĄGNIĘCIA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA (wypełnia Zakładowy Opiekun Praktyki)

		Tak	Nie
1.	Czy student poznał strukturę organizacyjną, ew. schemat organizacyjny organizacji i w dalszej kolejności proces podejmowania kluczowych decyzji, zwłaszcza w kontekście zatwierdzonych procedur wewnętrznych i innych przepisów formalno-prawnych, obowiązujących w danej organizacji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy student poznał zasady dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy student poznał przepisy o ochronie tajemnicy państwowej i służbowej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.	Czy student poznał wielkość i strukturę zasobów organizacji?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
5.	Czy poznał procesy przebiegające w zakładzie pracy, stosowane technologie, asortyment produkcji, itp.?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
6.	Czy student posiada umiejętność bezpośredniej pracy na wybranym stanowisku produkcyjnym lub usługowym, w tym obsługi wybranych maszyn i urządzeń produkcyjnych?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
7.	Student potrafi podejmować decyzje oraz myśleć i działać w sposób przedsiębiorczy?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

Ocena stopnia osiągnięcia efektów kształcenia praktyki zawodowej	Celująca	<input type="checkbox"/>
	Bardzo dobra	<input type="checkbox"/>
	Dobra plus	<input type="checkbox"/>
	Dobra	<input type="checkbox"/>
	Dostateczna plus	<input type="checkbox"/>
	Dostateczna	<input type="checkbox"/>
	Niedostateczna	<input type="checkbox"/>

..... data podpis Zakładowego Opiekuna Praktyki
---------------	---

3. OCENA STOPNIA OSIĄGNIĘCIA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA (wypełnia Koordynator Kierunku lub Dziekan, jeśli koordynator nie został powołany – na podstawie rozmowy ze studentem)

1.	Główne zadania realizowane przez studenta podczas praktyki lub w przypadku zaliczenia praktyki na podstawie doświadczenia zawodowego główne zadania podczas wykonywania obowiązków służbowych	
----	---	--

2.	Ocena stopnia osiągnięcia efektów kształcenia praktyki zawodowej	Celująca	<input type="checkbox"/>
		Bardzo dobra	<input type="checkbox"/>
		Dobra plus	<input type="checkbox"/>
		Dobra	<input type="checkbox"/>
		Dostateczna plus	<input type="checkbox"/>
		Dostateczna	<input type="checkbox"/>

		Niedostateczna <input type="checkbox"/>
3.	Uwagi do przebiegu praktyki	
 data podpis koordynatora kierunku/Dziekana
Zaliczam / Nie zaliczam praktykę/i zawodową/ej*:		
 data podpis Dziekana

* niepotrzebne skreślić