

AKADEMIA POLICJI w SZCZYTNI

DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ STUDENTA

.....
(imię i nazwisko studenta - numer albumu)

studiów pierwszego stopnia / studiów drugiego stopnia*

kierunek:

profil:

specjalność:

forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne*

rok akademicki:

* niepotrzebne skreślić

Lp.	SPIS TREŚCI	Strona
1	Dane osobowe studenta i opiekuna	
2	Sylabus przedmiotu	
3	Zadania wykonywane w trakcie praktyki zawodowej	
4	Wnioski studenta wraz z elementami samooceny	
5	Charakterystyka końcowa studenta	
6	Weryfikacja efektów kształcenia	
7	Kontrole praktyki studenta	
8	Zaliczenia praktyki	

DANE OSOBOWE STUDENTA I OPIEKUNA

INFORMACJE OSOBOWE STUDENTA:

Imię i nazwisko:

Imię ojca

Nr albumu

Adres zamieszkania:

.....

Nr tel. kom.: email:

MIEJSCE I TERMIN ODBYWANIA PRAKTYKI

.....

Termin odbywania praktyki:

Opiekun praktyki:

imię i nazwisko:

stanowisko/funkcja:

telefon:

SYLABUS PRZEDMIOTU

(zgodny z kierunkiem studiów i profilem kształcenia)

ZADANIA
WYKONYWANE W TRAKCIE
PRAKTYKI ZAWODOWEJ

DZIEŃ ORGANIZACYJNY

1. Data realizacji:

2. Miejsce realizacji:

3. Punktowy opis (czynności, ustalenia, plan, harmonogram, terminy itd.):

[illegible]

EFEKTY UCZENIA SIĘ:

1. Wiedza
2. Umiejętności
3. Kompetencje społeczne

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA:

CZAS REALIZACJI:

Data wyk. zadań/ czynności	Miejsce wyk. zadań / czynności (kom. org., stanowisko)	Wykonywane zadania / czynności

Data wyk. zadań/ czynności	Miejsce wyk. zadań / czynności <i>(kom. org., stanowisko)</i>	Wykonywane zadania / czynności

EFEKTY UCZENIA SIĘ:

1. Wiedza
2. Umiejętności
3. Kompetencje społeczne

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA:

CZAS REALIZACJI:

Data wyk. zadań/ czynności	Miejsce wyk. zadań / czynności (kom. org., stanowisko)	Wykonywane zadania / czynności

Data wyk. zadań/ czynności	Miejsce wyk. zadań / czynności (<i>kom. org., stanowisko</i>)	Wykonywane zadania / czynności

EFEKTY UCZENIA SIĘ:

1. Wiedza
2. Umiejętności
3. Kompetencje społeczne

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA:

CZAS REALIZACJI:

Data wyk. zadań/ czynności	Miejsce wyk. zadań / czynności (kom. org., stanowisko)	Wykonywane zadania / czynności

Data wyk. zadań/ czynności	Miejsce wyk. zadań / czynności (kom. org., stanowisko)	Wykonywane zadania / czynności

EFEKTY UCZENIA SIĘ:

1. Wiedza
2. Umiejętności
3. Kompetencje społeczne

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA:**CZAS REALIZACJI:**

Data wyk. zadań/ czynności	Miejsce wyk. zadań / czynności (kom. org., stanowisko)	Wykonywane zadania / czynności

Data wyk. zadań/ czynności	Miejsce wyk. zadań / czynności (<i>kom. org., stanowisko</i>)	Wykonywane zadania / czynności

EFEKTY UCZENIA SIĘ:

1. Wiedza
2. Umiejętności
3. Kompetencje społeczne

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA:**CZAS REALIZACJI:**

Data wyk. zadań/ czynności	Miejsce wyk. zadań / czynności (<i>kom. org., stanowisko</i>)	Wykonywane zadania / czynności

Data wyk. zadań/ czynności	Miejsce wyk. zadań / czynności (kom. org., stanowisko)	Wykonywane zadania / czynności

EFEKTY UCZENIA SIĘ:

1. Wiedza
2. Umiejętności
3. Kompetencje społeczne

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA:

CZAS REALIZACJI:

Data wyk. zadań/ czynności	Miejsce wyk. zadań / czynności (kom. org., stanowisko)	Wykonywane zadania / czynności

Data wyk. zadań/ czynności	Miejsce wyk. zadań / czynności <i>(kom. org., stanowisko)</i>	Wykonywane zadania / czynności

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

.....

WERYFIKACJA EFEKTÓW UCZENIA SIĘ

(sporządzana przez koordynatora, o którym mowa w §13 ust. 1 Regulaminu Praktyk Zawodowych)

1. W zakresie wiedzy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. W zakresie umiejętności

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. W zakresie kompetencji społecznych

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data i podpis koordynatora

Kontrole praktyki

L.p.	Data	Kontrolujący	Uwagi, wnioski, zalecenia	Podpis

POTWIERDZENIE REALIZACJI PRAKTYKI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data i podpis opiekuna praktyki
w jednostce przyjmującej

ZALICZENIE PRAKTYKI

(dokonywane przez koordynatora praktyk na danym kierunku studiów)

.....
WPISAĆ ZALICZENIE LUB BRAK ZALICZENIA

.....
data i podpis koordynatora