



Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Pieczęć Wydziału

KARTA PRAKTYKI ZAWODOWEJ (WP, WFZ, WNoZ oraz kierunek Dietetyka na WF)
na rok akademicki/.....

Kierunek: Poziom studiów: Forma studiów: Rok studiów:

wymiar praktyk:tyg.godzin dydaktycznych

Przedmiot/zakres praktyki:

Wymiar praktyki zgodny z programem studiów

Okres pobytu w placówce (dd/m/r)

Liczba godzin opuszczonych

1. Cel praktyki zawodowej:

.....

2. Miejsce realizacji praktyki zawodowej:

.....

3. Wykaz efektów kształcenia:

Kod	Wykaz wiedzy/umiejętności/ kompetencji	Data	Zaliczenie	Podpis

¹ Zmieniony zarządzeniem nr 127/XVI R/2025 Rektora UMW z dnia 31 lipca 2025 r.

--	--	--	--	--

4. Zadania wymagane do zaliczenia praktyki:

Poświadczenie odbycia praktyki zawodowej

Miejsce realizacji

praktyki:.....
zakład, jednostka

Poświadczam zrealizowanie praktyki zawodowej przez

.....
imię i nazwisko studenta

.....
data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej
za nadzór nad praktyką z ramienia zakładu/jednostki

Poświadczenie zaliczenia praktyki zawodowej

Zaliczam zrealizowanie praktyki zawodowej przez
imię i nazwisko studenta

zgodnie z Programem praktyk/kartą praktyki zawodowej.

.....
data, pieczęć, podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o konieczności posiadania:

- ubezpieczenia od NNW,
- aktualnego zaświadczenia o przeprowadzeniu badań lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- obowiązkowej dokumentacji niezbędnej do zaliczenia praktyki,
- ochronnego ubrania medycznego (fartuch, obuwie zmienne, okulary ochronne),
- ergonomicznego obuwia,
- identyfikatora wykonanego przez studenta we własnym zakresie, zgodnie ze wzorem wymaganym przez Uczelnię.

.....
data, podpis studenta