

Dziennik Praktyk

Imię i Nazwisko

Nazwa:

Zadanie 3: Realizacja praktyk

Program doskonalenia zawodowego nauczycieli/nauczycielek przedmiotów zawodowych oraz instruktorów/instruktoerek praktycznej nauki zawodu (N i INZ) zawodów medyczno-estetycznych poprzez dwutygodniowe praktyki w przedsiębiorstwach branży medyczno-estetycznej

Termin i miejsce realizacji praktyki:

XX XXXX – XX XXXXXXr.
XXXXX Firma,
ul. XXXXXXXX XX, XX-XXX XXXXXX

w ramach Projektu:

„Innowacyjność kluczem do sukcesu w branży medyczno-estetycznej”

Umowa nr: **UDA-POKL.03.04.03-00-138/12-00**

Projekt realizowany jest na podstawie umowy zawartej Ośrodkiem Rozwoju Edukacji



KARTA PRAKTYKI

Projekt: „Innowacyjność kluczem do sukcesu w branży medyczno-estetycznej”

Umowa nr: UDA-POKL.03.04.03-00-138/12-00

Zadanie 3: Realizacja praktyk

Termin i miejsce realizacji praktyki	XX XXXX – XX XXXXXXr XXXXX Firma, ul. XXXXXXXXXXX XX, XX-XXX XXXXXX
Imię i nazwisko N/INZ	
Opiekun/ka praktyki (OP)	
Czas praktyki	8h

Data	Godziny zajęć	Ilość godz.	Autorski Plan Zajęć <i>(wypełnia OP)</i>	Wnioski dotyczące postępów N/INZ
..... do			

Podpis:

OP.....

N/INZ



KAPITAŁ LUDZKI
CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA!

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt: „Innowacyjność kluczem do sukcesu w branży medyczno-estetycznej”

Umowa nr: UDA-POKL.03.04.03-00-138/12-00

Zadanie 3: Realizacja praktyk

Termin i miejsce realizacji praktyki	XX XXXX – XX XXXXXXr XXXX Firma, ul. XXXXXXXX XX, XX-XXX XXXXXX
Imię i nazwisko N/INZ	
Opiekun/ka praktyki (OP)	

Moduł, w którym N/INZ odbywał praktykę

Moduł	Proszę postawić krzyżyk przy obszarze, w którym odbywana była praktyka
1 – FRYZJERSTWO	
2 – ZAWODY MEDYCZNE	
3 - KOSMETOLOGIA	

Podpis OP



**RAPORT DOTYCZĄCY EFEKTÓW PROWADZENIA PRAKTYKI WEDŁUG
USTALEŃ PROGRAMU PRAKTYK I POSTĘPÓW N/INZ
(PRZYROST UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH)**

Elementy raportu	Uwagi OP
Wiedza praktyczna N/INZ na początku praktyki – wskazanie obszarów, w których istniały największe braki	
Określenie postępów dotyczących przyrostu kompetencji zawodowych w czasie realizowania programu doskonalenia zawodowego	
Postawy N/INZ w trakcie realizacji praktyki	
Porady i wskazania, które pomogą nam zaplanować kształcenie N/INZ zawodów medyczno-estetycznych w przyszłości	
Wnioski ogólne	

Podpis OP



OSOBISTE REFLEKSJE, SPOSTRZEŻENIA N/INZ

Osobiste podsumowanie praktyk:

Podpis N/INZ



Uwagi OP:

Inne:



KAPITAŁ LUDZKI
CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA!

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



INFORMACJE O PRZEPROWADZONYCH KONTROLACH I WIZYTACJACH

Data kontroli	Temat kontroli	Uprawniona Instytucja	Kontrolujący Imię i Nazwisko	Podpis



Projekt: „Innowacyjność kluczem do sukcesu w branży medyczno-estetycznej”

Umowa nr: UDA-POKL.03.04.03-00-138/12-00

Zadanie 3: Realizacja praktyk

Termin i miejsce realizacji praktyki	XX XXXX – XX XXXXXXr XXXX Firma, ul. XXXXXXXX XX, XX-XXX XXXXXX
Imię i nazwisko N/INZ	
Opiekun/ka praktyki (OP)	

LISTA OBECNOŚCI

Data odbywania praktyki	Podpis N/INZ

Podpis OP



WYKAZ ŚWIADCZEŃ UDZIELONYCH N/INZ W ZAKRESIE NOCLEGÓW

Projekt: „Innowacyjność kluczem do sukcesu w branży medyczno-estetycznej”

Umowa nr: UDA-POKL.03.04.03-00-138/12-00

Zadanie 3: Realizacja praktyk

Termin i miejsce realizacji praktyki	XX XXXX – XX XXXXXXr XXXX Firma, ul. XXXXXXXX XX, XX-XXX XXXXXX
Imię i nazwisko N/INZ	
Opiekun/ka praktyki (OP)	
Miejsce noclegu	ul. XXXXXXXX XX, XX-XXX XXXXXX

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że w wymienionych poniżej dniach korzystałam (em) z noclegów zorganizowanych pod wskazanym adresem.

Dzień korzystania z noclegu	Data korzystania z noclegu	Podpis
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		



**WYKAZ ŚWIADCZEŃ UDZIELONYCH N/INZ W ZAKRESIE CAŁODZIENNEGO
WYŻYWIENIA**

Projekt: „Innowacyjność kluczem do sukcesu w branży medyczo-estetycznej”

Umowa nr: UDA-POKL.03.04.03-00-138/12-00

Zadanie 3: Realizacja praktyk

Termin i miejsce realizacji praktyki	XX XXXX – XX XXXXXXr XXXX Firma, ul. XXXXXXXX XX, XX-XXX XXXXXX
Imię i nazwisko N/INZ	
Opiekun/ka praktyki (OP)	
Firma organizująca całodziennę wyżywienie	

Potwierdzam własnoręcznym podpisem, że w wymienionych poniżej dniach korzystałam (em) z wyżywienia zorganizowanego przez wskazaną firmę

Dzień korzystania z noclegu	Data korzystania z wyżywienia	Podpis		
		Śniadanie	Obiad	Kolacja
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				



