**DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

……………………………………………………

Imię i nazwisko studenta\*

………………………………………………

Numer albumu

**Kierunek DIETETYKA**

**studia I stopnia**

**w zakresie:**…………………………………………………………………..

(student uzupełnia po wybraniu zakresu)

**Studia stacjonarne**

\* wypełnij drukowanymi literami

**ZESTAWIENIE ODBYCIA PRAKTYK ZAWODOWYCH OBJĘTYCH PROGRAMEM KSZTAŁCENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRAKTYKA ZAWODOWA** | **DATA REALIZACJI** | **MIEJSCE REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ** | **OCENA KOŃCOWA** | **PODPIS OPIEKUNA Z RAMIENIA ZAKŁADU** |
| **SEMESTR II (wakacyjna)** |
| **Praktyka wstępna: w kuchni ogólnej i dziale żywienia – 120 godz. (3 tyg.)** |  |  |  |  |
| **SEMESTR III (semestralna)** |
| **Praktyka w domu opieki społecznej – 120 godz. (3 tyg.)** |  |  |  |  |
| **SEMESTR IV (wakacyjna)** |
| **Praktyka w poradni lub oddziale chorób układu pokarmowego/chorób** **metabolicznych – 60 godz. (1,5 tyg.)** |  |  |  |  |
| **Praktyka oddziale chorób wewnętrznych – 120 godz. (3 tyg.)** |  |  |  |  |
| **Praktyka z zakresu technologii potraw– 90 godz. (2¼ tyg.)** |  |  |  |  |
| **SEMESTR V (semestralna)** |
| **Praktyka z zakresu żywienia dzieci w placówkach ochrony zdrowia – 60 godz. (1,5 tyg.)** |  |  |  |  |
| **Praktyka z zakresu żywienia dzieci w placówce oświatowo-wychowawczej – 90 godz. (2¼ tyg.)** |  |  |  |  |
| **SEMESTR VI (semestralna)** |
| **Praktyka w szpitalu dla dorosłych-180 godz. ( 4,5 tyg.)** |  |  |  |  |
| **Praktyka w poradni dietetycznej/psychodietetycznej – 60 godz. (1,5 tyg.)** |  |  |  |  |
| **Praktyka w poradni leczenia zaburzeń odżywiania/w poradni zdrowia psychicznego – 60 godz. (1,5 tyg.)** |  |  |  |  |

**Praktyka wstępna: w kuchni ogólnej i dziale żywienia**

 **120 godzin (3 tygodnie)**

………………………………………………………………………………………………...………….

(miejsce odbywania praktyki (nazwa instytucji, zakładu pracy)

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

(Imię, nazwisko opiekuna praktyk)

**Dzienny przebieg praktyki (uzupełnia student)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **15** |  |  |  |  |

**Praktyka w domu opieki społecznej- 120 godzin**

**(3 tygodnie)**

……………………………………………………………………………………………………….…...

(miejsce odbywania praktyki (nazwa instytucji, zakładu pracy)

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

(Imię, nazwisko opiekuna praktyk)

**Dzienny przebieg praktyki (uzupełnia student)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **15** |  |  |  |  |

**Praktyka w poradni lub oddziale chorób układu pokarmowego/chorób metabolicznych**

**60godzin(1,5 tygodnia)**

………………………………………………………………………………………………...……….…

(miejsce odbywania praktyki (nazwa instytucji, zakładu pracy)

………………………………………………………………………………………………………....…

(Imię, nazwisko opiekuna praktyk)

**Dzienny przebieg praktyki (uzupełnia student)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki (uzupełnia student)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |

**Praktyka w oddziale chorób wewnętrznych-**

**120 godzin(3 tygodnie)**

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

(miejsce odbywania praktyki (nazwa instytucji, zakładu pracy)

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

(Imię, nazwisko opiekuna praktyk)

**Dzienny przebieg praktyki (uzupełnia student)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |

**Praktyka z zakresu technologii potraw-**

**90 godzin(2¼ tygodnia)**

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

(miejsce odbywania praktyki (nazwa instytucji, zakładu pracy)

……………………………………………………………………………………………………….…...

(Imię, nazwisko opiekuna praktyk)

**Dzienny przebieg praktyki (uzupełnia student)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |

**Praktyka z zakresu żywienia dzieci w placówkach ochrony zdrowia - 60 godzin (1,5 tygodnia)**

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

(miejsce odbywania praktyki (nazwa instytucji, zakładu pracy)

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

(Imię, nazwisko opiekuna praktyk)

**Dzienny przebieg praktyki (uzupełnia student)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |

**Praktyka z zakresu żywienia dzieci w placówce oświatowo-wychowawczej.**

**90 godzin (2¼ tygodnia)**

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

(miejsce odbywania praktyki (nazwa instytucji, zakładu pracy)

……………………………………………………………………………………………………….…...

(Imię, nazwisko opiekuna praktyk)

**Dzienny przebieg praktyki (uzupełnia student)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |

**Praktyka w szpitalu dla dorosłych 180 godzin**

**(4,5 tygodnia)**

……………………………………………………………………………………………………….…...

(miejsce odbywania praktyki (nazwa instytucji, zakładu pracy)

……………………………………………………………………………………………………….…...

(Imię, nazwisko opiekuna praktyk)

**Dzienny przebieg praktyki (uzupełnia student)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **16** |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **20** |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |

**Praktyka w poradni dietetycznej/ psychodietetycznej- 60godz. (1,5 tyg.)**

……………………………………………………………………………………………………….…...

(miejsce odbywania praktyki (nazwa instytucji, zakładu pracy)

……………………………………………………………………………………………………….…...

(Imię, nazwisko opiekuna praktyk)

**Dzienny przebieg praktyki (uzupełnia student)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **8** |  |  |  |  |

**Praktyka w poradni leczenia zaburzeń odżywiania/ w poradni zdrowia psychicznego- 60godz. (1,5 tyg.)**

……… ……………………………………………………………………………………………….…...

(miejsce odbywania praktyki (nazwa instytucji, zakładu pracy)

……………………………………………………………………………………………………….…...

(Imię, nazwisko opiekuna praktyk)

**Dzienny przebieg praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień praktyki zawodowej** | **Data** | **Liczba godzin pracy** | **Stanowisko – opis wykonywanych prac** | **Podpis osoby nadzorującej** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |