SPRAWOZDANIE Z PRZEBIEGU PRAKTYKI

Imię i nazwisko studenta .................................................................................................................................................
Numer albumu, rok studiów .....................................................................................................................................................
Czas trwania praktyki: od .......................................................... do ............................................................
Miejsce odbycia praktyki (nazwa zakładu, adres) ..................................................................................................................

Zakres działalności firmy ...........................................................................................................................................................

...............................................................

...............................................................

...............................................................

Czego dotyczyło szkolenie BHP? ............................................................

...............................................................

...............................................................

Opis stanowiska pracy, na którym realizowany był program praktyk ..................................................................................

...............................................................

...............................................................

Jakie umiejętności zostały nabyte w okresie odbywania praktyki? ..................................................................................

...............................................................

...............................................................

Z jakimi procesami technologicznymi oraz procesami kontroli zapoznałeś się podczas praktyki? ..........................

...............................................................

...............................................................

Podpis studenta

1/2
Wypełnia przedstawiciel zakładu pracy

Potwierdzenie odbycia praktyki ................................................................................................................
......................................................................................................................................................

Opinia zakładu pracy dotycząca przebiegu praktyk ......................................................................................
......................................................................................................................................................
......................................................................................................................................................
......................................................................................................................................................
......................................................................................................................................................
......................................................................................................................................................
......................................................................................................................................................
......................................................................................................................................................
......................................................................................................................................................
......................................................................................................................................................

Podpis zakładowego opiekuna praktyk

Wypełnia przedstawiciel uczelni

ZALICZENIE: ..............................................................................................................................................
......................................................................................................................................................

Podpis Kierownika praktyk