



Dziennik Praktyki Zawodowej

Imię i nazwisko

Klasa

Rok szkolny



Zespół Szkół Technicznych
ul. Wejherowska1, 81-814 Sopot
tel.: 58 551 11 92
sekretariat@zstsopot.pl
www.zstsopot.edupage.org

Pieczęć szkoły

Dziennik praktyki zawodowej

Imię i nazwisko praktykanta

Klasa

Zawód

Telefon kontaktowy

Miejsce odbywania praktyk
(pieczęć zakładu pracy)

Termin praktyki

Wymiar praktyki

140 godzin (7 godzin dziennie)

Imię i nazwisko zakładowego
opiekuna praktyk

Dane kontaktowe zakładu
pracy/opiekuna praktyk
(telefon, e-mail)

Podpis i pieczęć Kierownika Szkolenia
Praktycznego

Podpis i pieczęć zakładowego opiekuna
praktyk

Zestawienie zadań szkoleniowych i potwierdzenie ich wykonania

Zadania / obowiązki	Data i podpis osoby szkolącej	Podpis praktykanta/ szkolonego
Zapoznanie ucznia ze szczegółowym programem -harmonogramem praktyki		
Zapoznanie z regulaminem pracy i z wymogami w zakresie dyscypliny pracy		
Zapoznanie z przepisami bhp i p.poż.		
Zapoznanie z przepisami z zakresu ochrony danych osobowych i tajemnicy służbowej		
Zapoznanie ze strukturą organizacyjno-prawną firmy		
Zapoznanie z rodzajami i z rozmieszczeniem komórek organizacyjnych w firmie oraz zakresem obowiązków i odpowiedzialności na poszczególnych stanowiskach pracy		
Zapoznanie z procedurami postępowania w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia pracowników i klientów		
Zapoznanie z zasadami współpracy w zespole		

Rejestracja działań wykonywanych i powierzonych zadań w czasie praktyki oraz zapis dotyczący nabytych w tym czasie umiejętności

Praktyka zawodowa odbywa się w wymiarze 140h/7h dziennie (20 dni). Codziennie po zakończonej praktyce uczeń ma obowiązek opisać wykonywane czynności. Zakładowy opiekun praktyk potwierdza odbycie praktyk w danym dniu własnoręcznym podpisem.

Data i godziny pracy	Opis wykonywanych czynności (WYPEŁNIA UCZEŃ)	Podpis opiekuna praktyk

Data i godziny pracy	Opis wykonywanych czynności (WYPEŁNIA UCZEŃ)	Podpis opiekuna praktyk

Data i godziny pracy	Opis wykonywanych czynności (WYPEŁNIA UCZEŃ)	Podpis opiekuna praktyk

Data i godziny pracy	Opis wykonywanych czynności (WYPEŁNIA UCZEŃ)	Podpis opiekuna praktyk

Opinia z praktyki zawodowej

Imię i nazwisko praktykanta/ki

.....

Klasa

.....

Nazwa zakładu pracy

.....

Okres praktyki

.....

Wypełnia przedstawiciel Zakładu:

Charakterystyka	Celujący	Bardzo dobry	Dobry	Dostateczny	Dopuszczający	Niedostateczny
1. Stopień opanowania programowych umiejętności i wiadomości						
2. Umiejętność łączenia teorii z praktyką						
3. Jakość wykonywanych zadań						
4. Organizowanie stanowiska pracy i wykonywanych czynności						
5. Umiejętność pracy w zespole						
6. Odpowiedzialność za powierzone obowiązki i zadania						
7. Umiejętność wyciągania wniosków z wykonywanych zadań						
8. Punktualność i frekwencja						
9. Komunikatywność i życzliwość w stosunku do klientów i współpracowników						
10. Zaangażowanie w wykonywaną pracę						

Opinia zakładowego opiekuna praktyki wraz z oceną:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Proponowana ocena z praktyki*

Data, podpis i pieczęć
zakładowego opiekuna praktyk

*** Uwaga! Ocena musi zostać wystawiona!**

Skala ocen: celujący, bardzo dobry, dobry, dostateczny, dopuszczający, niedostateczny.

Wypełnia szkoła:

Ocena końcowa z praktyki

Data, podpis i pieczęć
kierownika szkolenia praktycznego

Uwagi: