****

**UCZELNIA SPOŁECZNO-MEDYCZNA
W WARSZAWIE**

**Wydział nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

**Kierunek: KOSMETOLOGIA**

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA

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

*(imię i nazwisko studenta)*

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

*(nr albumu)*

# Praktyka zawodowa w semestrze III – 200 godzin

**Zakres praktyki:** masaż twarzy, szyi i dekoltu, klasyczne zabiegi kosmetyczne, manualne oczyszczanie skóry.

Termin odbywania praktyki: ....................................................

Miejsce praktyki:

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

*(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)*

Liczba opuszczonych godzin (usprawiedliwione/nieusprawiedliwione): ...................................................

Zaliczenie/brak zaliczenia: ....................................................................................................................................................................

Uwagi dotyczące praktyki zawodowej: .....................................................................................................................................................................

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

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Pieczęć i podpis |
|  | Zakładowego opiekuna praktyk....................................................................................................................................................*(praktyki zatwierdził)* |
|  | Uczelnianego opiekuna praktyk ....................................................................................................................................................*(praktyki zatwierdził)* |

**UWAGA! Warunkiem wystawienia zaliczenia końcowego z praktyki jest uzyskanie zaliczenia z każdego efektu uczenia w zakresie wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki. | ZAL / NZAL |
| **WIEDZA** |
| K\_W17 | Zna budowę i funkcje skóry oraz zasady wlaściwej pielęgnacji skóry zdrowej i zmienionej chorobowo. |  |
| K\_W35 | Zna zasadę działania, wskazania i przeciwskazania do stosowania urządzeń wykorzystywanych w zabiegach kosmetycznych. |  |
| K\_W36 | Zna dostępne na rynku formy kosmetyczne preparatów stosowanych w profesjonalnej pielęgnacji gabinetowej i domowej oraz posiada wiedzę z zakresu składników aktywnych występujących w kosmetykach przeznaczonych do poszczególnych typów cer. |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki | ZAL / NZAL |
| **UMIEJĘTNOŚCI** |
| K\_U03 | Potrafi wyjaśnić klientowi wybór zabiegu kosmetycznego odpowiedniego dla jego potrzeb pielęgnacyjnych, profilaktycznych, korekcyjnych lub upiększjących. |  |
| K\_U04 | Potrafi poprawnie odczytać skład kosmetyku i ustalać jego zatosowanie. |  |
| K\_U06 | Potrafi dokonać charakterystyki poszczególnych rodzajów cer posługując się profesjonalną terminologią kosmetyczną. |  |
| K\_U07 | Potrafi posługiwać się podstawowym sprzętem i aparaturą kosmetyczną. |  |
| K\_U47 | Potrafi udzielić fachowej porady, zaproponować zabiegi z zakresu kosmetyki zachowawczej oraz redukującej objawy starzenia na podstawie przeprowadzonego wywiadu i oględzin skóry. |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki. | ZAL / NZAL |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** |
| K\_K05 | Posiada potrzebę uczenia się przez całe życie, jest gotów do samodzielnego zdobywania wiedzy i umiejętności w zakresie wybranej specjalności zawodowej z wykorzystaniem wiarygodnych i efektywnych źródeł i metod. |  |
| K\_K03 | Jest gotów do samodzielnego rozwiązywania najczęstszych problemów zawodowych.  |  |

Opinia zakładowego opiekuna praktyk:

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ZALICZENIE KOŃCOWE Z PRAKTYKI | ZAL / NZAL |
|  |

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

*(podpis zakładowego opiekuna praktyk)*

# Karta przebiegu praktyki w placówce

Termin odbywania praktyki: ..........................................................

Miejsce praktyki:

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

*(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Godziny pracy | Liczba godzin | Wyszczególnienie zajęć | Uwagi |
|  |  |  |  |  |

Podpis zakładowego opiekuna praktyk:………………………………………………………………

Termin odbywania praktyki: ..........................................................

Miejsce praktyki:

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

*(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Godziny pracy | Liczba godzin | Wyszczególnienie zajęć | Uwagi |
|  |  |  |  |  |

Podpis zakładowego opiekuna praktyk:………………………………………………………………

Termin odbywania praktyki: ..........................................................

Miejsce praktyki:

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

*(pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Godziny pracy | Liczba godzin | Wyszczególnienie zajęć | Uwagi |
|  |  |  |  |  |

Podpis zakładowego opiekuna praktyk:………………………………………………………………