****

**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 II – 200 godzin

**Zakres praktyki:** wiadomości wstępne, diagnostyka kosmetyczna, pielęgnacja i upiększanie okolic oczu, maski kosmetyczne, peelingi powierzchowne.

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  właściwej pielęgnacji skóry zdrowej i zmienionej chorobowo. |  |
| K\_W34 | Zna podstawowe zagadnienia dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy w gabinecie kosmetycznym. |  |
| 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\_U01 | Potrafi przeprowadzić wywiad kosmetyczny i prawidłowo zdiagnozować problem, a uzyskane informacje odnotować w karcie klienta. |  |
| K\_U02 | Potrafi zaplanować rodzaj zabiegu kosmetycznego i stosować kosmetyki zgodnie ze wskazaniami. |  |
| K\_U07 | Potrafi posługiwać się podstawowym sprzętem i aparaturą kosmetyczną. |  |
| K\_U37 | Potrafi przeprowadzić prawidłową dezynfekcję i sterylizację narzędzi ksmetycznych |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki. | ZAL / NZAL |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | | |
| K\_K01 | Jest gotów do zorganizowania swojego stanowiska pracy i samodzielnego wykonywania obowiązków z nim związanych, zgodnie z celami całej organizacji, przestrzegając zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. |  |
| K\_K07 | Jest przedsiębiorczy, wykazuje inicjatywę i samodzielność w działaniu. |  |

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:………………………………………………………………