****

**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 V – 200 godzin

**Zakres praktyki:** zabiegi pielęgnacyjne (twarz, ciało) z wykorzystaniem aparatury.

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\_W37 | Posiada wiedzę z zakresu kosmetologii pielęgnacyjnej z uwzględnieniem pielęgnacji całego ciała i podziału na poszczególne jego partie: twarz, szyję i dekolt, okolice oczu, kończyny górne i dolne. |  |
| K\_W38 | Posiada wiedzę z zakresu analizy kolorystycznej, typów urody oraz zna dostępne metody upiększania i korekty. Posiada wiedzę z zakresu kosmetologii upiększającej z uwzględnieniem podziału na poszczególne partie ciała. |  |
| K\_W27 | Posiada podstawową wiedzę z zakresu czynników kształtujących prawidłową postawę ciała człowieka. |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki | ZAL / NZAL |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | | |
| K\_U05 | Potrafi prawidłowo wykonać zabieg kosmetyczny, pielęgnacyjny, upiększający i korekcyjny (manicure, pedicure, pielęgnacja i upiększanie oprawy oczu, usuwanie zbędnego owłosienia, zabiegi modelujące sylwetkę, zabiegi nawilżające, złuszczające, regenerujące, liftingujące i rozjaśniające) z uwzględnieniem wskazań i przeciwwskazań. |  |
| K\_U11 | Potrafi udzielić porady w zakresie sposobów kształtowania sylwetki, służących poprawie wyglądu klienta. |  |
| K\_U20 | Potrafi zauważyć chorobową zmianę skóry, paznokci oraz włosów i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza oraz korzystać ze źródeł informacji o lekach. |  |
| K\_U30 | Potrafi skutecznie i taktownie komunikować się z klientami, współpracownikami i pracownikami ochrony zdrowia |  |
| K\_U31 | Posiada umiejętność prezentowania w formie ustnej wyników własnych działań i przemyśleń |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki. | ZAL / NZAL |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | | |
| K\_K02 | Jest gotów współdziałać i pracować w grupie przyjmując w niej różne role. Jest gotów do współpracy ze specjalistami z innych wspierających obszarów zawodowych. |  |
| K\_K03 | Jest gotów do samodzielnego rozwiązywania najczęstszych problemów zawodowych. |  |
| K\_K04 | Przestrzega zasad etyki zawodowej. |  |

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:………………………………………………………………