

**UCZELNIA SPOŁECZNO-MEDYCZNA W WARSZAWIE**

**Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

**Kierunek: DIETETYKA**

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA

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

*(imię i nazwisko studenta)*

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

*(nr albumu)*

# Praktyka z technologii potraw w semestrze IV – 100 godzin

**Cel praktyki:** zapoznanie studenta z metodami i technikami przygotowania potraw, wpływ poszczególnych etapów obróbki technologicznej na wartość odżywczą potraw, zdobycie praktycznych umiejętności w zakresie przygotowywania posiłków zgodnie
z zasadami w zakresie bezpieczeństwa żywności.

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 na ocenę każdego efektu kształcenia w zakresie umiejętności oraz kompetencji społecznych.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki w poradni dietetycznej lub dziale żywienia w szpitalu. |  ZALICZENIE  NA OCENĘ |
| **WIEDZA** |
| K\_W09 | Student posiada wiedzę w zakresie struktury organizacyjnej placówki. |  |
| K\_W08 | Zna i rozumie pojęcia z zakresu różnorodnej technologii produkcji żywności w zakładzie oraz wyposażenie w umiejętność przygotowywania posiłków zgodnie z zasadami prawidłowego żywienia. |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki w poradni dietetycznej lub dziale żywienia w szpitalu. |  ZALICZENIE NA OCENĘ |
| **UMIEJĘTNOŚCI** |
| K\_U11 | Potrafi przygotowywać potrawy stosowane w dietoterapii, przy wykorzystaniu odpowiednich technik. |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki w poradni dietetycznej lub dziale żywienia w szpitalu. |  ZALICZENIE  NA OCENĘ |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** |
| K\_K03 | Jest gotów do dalszego poszerzania swojej wiedzy oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych. |  |
| K\_K06 | Jest gotów do dbania o bezpieczeństwo swoje i innych, w tym klientów, pacjentów, współpracowników. |  |

Opinia zakładowego opiekuna praktyk:

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ZALICZENIE KOŃCOWE Z PRAKTYKI |  ZALICZENIE NA OCENĘ |
|  |

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

*(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:………………………………………………………………