

**UCZELNIA SPOŁECZNO-MEDYCZNA**

**W WARSZAWIE**

**Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

**Kierunek: DIETETYKA**

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

STUDIA DRUGIEGO STOPNIA

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

*(imię i nazwisko studenta)*

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

*(nr albumu)*

# Praktyki zawodowe – część druga w semestrze IV – 240 godzin

* czas trwania: 240 godz. (IV semestr)
* miejsce odbywania: producenci żywności „pudełkowej”, piekarnie, masarnie, poradnie dietetyczne, kluby fitness, miejsca żywienia zbiorowego m.in.: areszty i zakłady karne, schroniska młodzieżowe, poprawczaki szpitale, domy opieki, żłobki, przedszkola, szkoły.

**Cel praktyki:** Do ogólnych celów praktyki zalicza się:

1. wprowadzenie do praktycznego wykonywania zawodu, do którego przygotowują studia na poszczególnych kierunkach, specjalnościach oraz zakresach studiów podyplomowych;

2. wykształcenie umiejętności zastosowania wiedzy teoretycznej zdobytej w toku studiów w praktyce – integracja wiedzy teoretycznej z praktyką;

3. poznawanie środowiska zawodowego, radzenie sobie w trudnych sytuacjach oraz rozwiązywanie realnych problemów zawodowych;

4. rozwój kompetencji zawodowych studenta w ramach wybranego kierunku, zdobycie i pogłębienie umiejętności praktycznych;

5. zdobywanie doświadczenia w samodzielnym i zespołowym wykonywaniu obowiązków zawodowych;

6. poznanie organizacji pracy i warunków w różnych zakładach pracy;

7. kształtowanie wysokiej kultury zawodowej oraz postaw etycznych właściwych dla danej organizacji pracy odpowiadającej współczesnym tendencjom w gospodarce, administracji i nauce;

8. uświadomienie znaczenia twórczej i poszukującej postawy w procesie edukacyjnym oraz wzmocnienie motywacji do pracy zawodowej, poprzez doskonalenie kompetencji zawodowych i osobistych;

9. kształtowanie spostrzegawczości oraz zdolności samodzielnego i krytycznego myślenia i zdolności planowania czasu pracy;

10. gromadzenie materiałów i doświadczeń niezbędnych lub wspomagających w pisaniu pracy dyplomowej;

11. przyjęcie przez studenta odpowiedzialności za własne kształcenie

12. umożliwienie studentowi dokonania oceny rynku pracy, weryfikacji jego predyspozycji do wykonywania zawodu, poznanie oczekiwań pracodawców względem pracowników i nawiązanie kontaktów zawodowych niezbędnych do podjęcia pracy w przyszłości.

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 wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki |  ZALICZENIE NA OCENĘ |
| **WIEDZA** |
| K\_W18K\_W19 | Absolwent zna i rozumie zasady i regulaminy obowiązujące w miejscu odbywania praktyk zawodowych. |  |
| K\_W18K\_W19 | Absolwent zna i rozumie zasady BHP i elementy prawa pracy adekwatne do miejsca wykonywania praktyk zawodowych. |  |
| K\_W19 | Absolwent zna i rozumie powierzone mu miejsce i role w miejscu odbywania praktyk. |  |
| K\_W07 | Absolwent zna i rozumie zasady funkcjonowania zakładu pracy, w którym obywa praktyki. |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki |  ZALICZENIE NA OCENĘ |
| **UMIEJĘTNOŚCI** |
| K\_U11 | Posiada umiejętność zastosowania właściwej formyruchu w pracy zawodowej. |  |
| K\_U12 | Posiada umiejętność holistycznego ujęcia porady dietetycznej |  |
| K\_U13 | Potrafi wykorzystać podstawowe metody psychologii w pracy zawodowej. |  |
| K\_U14 | Potrafi skutecznie i taktowanie komunikować się z klientami/pacjentami w miejscu pracy. |  |
| K\_U15 | Potrafi przeprowadzić pogłębioną analizę zjawisk fizycznych i chemicznych dotyczących żywności w wymiarze adekwatnym do miejsca odbywania praktyk. |  |
| K\_U16 | Potrafi zabezpieczyć próbki żywności do badań. |  |
| K\_U17 | Stosuje podstawowe technologie informatyczne wykorzystywane w pracy zawodowej. |  |
| K\_U18 | Potrafi projektować, prowadzić i analizować efekty zadań badawczych w oparciu o doświadczenia praktyczne. |  |
| K\_U19 | Potrafi tworzyć pisemne raporty z własnych działań. |  |
| K\_U20 | Absolwent potrafi prowadzić działania profilaktyczne i opracować materiałyedukacyjne dla klientów/pacjentów miejsca realizacji praktyk zawodowych. |  |
| Symbol | Ocena efektów uczenia się dla praktyki |  ZALICZENIENA OCENĘ |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** |
| K\_K07 | Potrafi określać priorytety służące realizacji zadań zawodowych. |  |
| K\_K08 | Identyfikuje i rozstrzyga dylematy związane z wykonywaniem zawodu. |  |
| K\_K09 | Realizuje zadania zawodowe w sposób zapewniający bezpieczeństwo własne i otoczenia |  |
| K\_K10 | Potrafi formułować opinie dotyczące pacjentów, klientów, grupspołecznych w kontekście związanym z wykonywaniem zawoduw oparciu o obiektywne źródła informacji. |  |
| K\_K11 | Demonstruje postawę promującą zdrowie i aktywność fizyczną. |  |

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: ………………………………………………………………