



Warszawska Uczelnia Medyczna  
ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa

# DZIENNIK STUDENCKICH PRAKTYK ZAWODOWYCH

**Kierunek studiów: Informatyka studia I stopnia**

Imię i nazwisko studenta: .....

Nr albumu: .....

Studia: I stopnia

Kierunek: Informatyka

Specjalność : .....

Rok studiów: .....

Semestr: .....

Studia (stacjonarne/niestacjonarne): .....

Rok akademicki: .....



**Warszawska Uczelnia Medyczna  
ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa**

Miejsce Praktyki<sup>1</sup>:

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

.....

(pełna nazwa, adres, tel.)

Reprezentowany przez /dyrektora/prezesa: .....

(Pieczętka zakładu pracy)

Opiekun Zakładowy: ..... - .....

Imię i nazwisko

Stanowisko

Termin odbywanej praktyki od: .....do .....

<sup>1</sup> Proponowane miejsca odbywania praktyk to firmy związane z branżą IT lub posiadające dział IT a także instytucje oraz urzędy państwowe.



**Warszawska Uczelnia Medyczna**  
**ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa**

<b>Lp.</b>	<b>Data</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Zapis najważniejszych działań. Wykaz powierzonych obowiązków, pełnionych funkcji. Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy.</b>



**Warszawska Uczelnia Medyczna**  
**ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa**

.....  
Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk

<b>Lp.</b>	<b>Data</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Zapis najważniejszych działań. Wykaz powierzonych obowiązków, pełnionych funkcji. Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy.</b>

.....  
Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk



**Warszawska Uczelnia Medyczna**  
**ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa**

<b>Lp.</b>	<b>Data</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Zapis najważniejszych działań. Wykaz powierzonych obowiązków, pełnionych funkcji. Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy.</b>

.....

Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk



**Warszawska Uczelnia Medyczna**  
**ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa**

<b>Lp.</b>	<b>Data</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Zapis najważniejszych działań. Wykaz powierzonych obowiązków, pełnionych funkcji. Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy.</b>

.....  
Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk



**Warszawska Uczelnia Medyczna**  
**ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa**

<b>Lp.</b>	<b>Data</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Zapis najważniejszych działań. Wykaz powierzonych obowiązków, pełnionych funkcji. Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy.</b>

.....  
Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk



**Warszawska Uczelnia Medyczna**  
**ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa**

<b>Lp.</b>	<b>Data</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Zapis najważniejszych działań. Wykaz powierzonych obowiązków, pełnionych funkcji. Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy.</b>

.....  
Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk





**Warszawska Uczelnia Medyczna**  
**ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa**

<b>Lp.</b>	<b>Data</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Zapis najważniejszych działań. Wykaz powierzonych obowiązków, pełnionych funkcji. Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy.</b>

.....  
Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk



**Warszawska Uczelnia Medyczna**  
**ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa**

<b>Lp.</b>	<b>Data</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Zapis najważniejszych działań. Wykaz powierzonych obowiązków, pełnionych funkcji. Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy.</b>

.....  
Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk



**Warszawska Uczelnia Medyczna**  
**ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa**

<b>Lp.</b>	<b>Data</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Zapis najważniejszych działań. Wykaz powierzonych obowiązków, pełnionych funkcji. Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy.</b>

.....  
Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk



**Warszawska Uczelnia Medyczna**  
**ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa**

<b>Lp.</b>	<b>Data</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Zapis najważniejszych działań. Wykaz powierzonych obowiązków, pełnionych funkcji. Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy.</b>

.....  
Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk



**Warszawska Uczelnia Medyczna**  
**ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa**

<b>Lp.</b>	<b>Data</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Zapis najważniejszych działań. Wykaz powierzonych obowiązków, pełnionych funkcji. Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy.</b>

.....  
Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk



**Warszawska Uczelnia Medyczna**  
**ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa**

<b>Lp.</b>	<b>Data</b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Zapis najważniejszych działań. Wykaz powierzonych obowiązków, pełnionych funkcji. Uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta co do wykonywanej pracy.</b>

.....  
Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk