Znak Politechniki WarszawskiejPOLITECHNIKA WARSZAWSKA

**WYDZIAŁ SAMOCHODÓW I MASZYN ROBOCZYCH**

*ul. Narbutta 84, 02-524 Warszawa*

*Tel. (22) 234 84 30 Fax (22) 234 83 31*

# SPRAWOZDANIE Z PRZEBIEGU PRAKTYKI DYPLOMOWEJ

## ----------------------------------------- WYPEŁNIA STUDENT -----------------------------------------

**Dane studenta:**

**Rodzaj studiów magisterskich: stacjonarne/niestacjonarne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Nazwisko | 2. Imię |  |
| 3. Nr albumu | 4. Rok studiów | 5. Specjalność |

Termin odbywania praktyki: od ……………...……..…….. do ………...……………….…........…..

dd-mm-rrrr dd-mm-rrrr

Miejsce odbywania praktyki:

Nazwa podmiotu zewnętrznego:.………………………………...………………….........………….

Adres podmiotu zewnętrznego:…………….…………………………………….........…………..…

Koordynator praktyki z ramienia podmiotu zewnętrznego: (imię, nazwisko, telefon, e-mail)

……………….…...………………………………………………………….…..……….......……… ……………….…...………………………………………………………….…..………….......……

Profil działalności podmiotu zewnętrznego w ujęciu wybranej specjalności oraz zebrania materiałów do przygotowania pracy dyplomowej:

……………….…...………………………………………………………….…..…………......…… ……………….…...………………………………………………………….…..…………......……

Temat pracy dyplomowej: ………………………………………………….…..…………......……

……………….…...………………………………………………………….…..…………......……

## ------WYPEŁNIA PROMOTOR ORAZ PEŁNOMOCNIK DZIEKANA D/S. PRAKTYK -----

**Zaliczenie praktyki:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Promotor pracy dyplomowej | *Zatwierdzam cel/program praktyki* | *(Data i podpis promotora)* |
| Pełnomocnik dziekana d/s Praktyk | *Zaliczam praktykę dyplomową* |  |

*(Wpis do indeksu)* *(Data)*  *(Podpis pełnomocnika dziekana d/s Praktyk)*

# SPRAWOZDANIE Z PRZEBIEGU PRAKTYKI DYPLOMOWEJ

## -------------- WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO --------------

**Potwierdzenie zgłoszenia na praktykę:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Data, pieczęć i podpis zakładowego opiekuna praktyki)*

## Potwierdzenie odbycia szkolenia bhp:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Data, pieczęć i podpis zakładowego opiekuna praktyki)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data/liczba godz. | Wykonywane zadania | Potwierdzenie obecności, uwagi |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |

**Zaświadczenie o odbyciu praktyki**

## Zaświadczamy, że student odbył praktykę

Imię i nazwisko

## dyplomową w

Nazwa zakładu

## w okresie od do i zrealizował/nie zrealizował jej program(u).

(Odpowiednio skreślić)

## Ocena wykonania programu praktyki:

( Skala ocen: bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny lub ocena opisowa)

## Inne uwagi/opinia na temat przebiegu praktyki:

(Miejscowość i data) (Pieczęć zakładu) (Pieczęć i podpis kierownika zakładu)