Załącznik nr 5 do Regulaminu Stażu

**DZIENNIK STAŻU**

……………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko Stażysty

……………………………………………………………………………………………………………

Przyjmujący na Staż (nazwa przedsiębiorstwa)

……………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko Opiekuna Stażu

………………………………………………………………….

Termin odbywania Stażu (dd/mm/rr – dd/mm/rr)

……………………………………………………

Podpis Opiekuna Stażu

……………………………………………………

Podpis Koordynatora ds. staży   
studenckich WM

DZIENNIK STAŻU

miesiąc:……………….

Podpis Opiekuna Stażu wymagany jest pod koniec każdego dnia odbytego Stażu, opis powinien zawierać informację o przebiegu Stażu i zakres wykonanych zadań i czynności w danym dniu wraz z odniesieniem do  efektów kształcenia (EK) sprecyzowanych na ostatniej stronie Dziennika Stażu.

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Stażysty** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Liczba godzin** | **Zakres wykonanych zadań** | **Odniesienie do EK\*** | **Podpis Opiekuna Stażu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Suma godzin |  |  |  |  |

………………………………… …………………………… ……………………………

Podpis Koordynator Projektu Podpis Opiekuna Stażu Podpis Stażysty

**\* Należy odnieść zakres wykonanych zadań do następujących efektów kształcenia (EK):**

**EK do pobrania:** https://wm.pb.edu.pl/studenci/organizacja-toku-studiow/programy-ksztalcenia/efekty-ksztalcenia/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Symbol** | | **Efekt kształcenia** | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |