

**Uniwersytet Śląski  
w Katowicach  
Wydział Teologiczny**

**DZIENNIK  
PRAKTYK ZAWODOWYCH<sup>1</sup> -  
Studentów kierunku: nauki o rodzinie**

Imię i Nazwisko Studenta: \_\_\_\_\_

Numer albumu Studenta: \_\_\_\_\_

Rok studiów / stopień \_\_\_\_\_

Miejsce odbywania praktyki: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Imię i Nazwisko Opiekuna: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*SEKRETARIAT WYDZIAŁU TEOLOGICZNEGO –*

*TELEFON KONTAKTOWY: +48 32 356 90 56, Fax +48 32 356 90 55*

---

<sup>1</sup> **Uwagi:** 1) Dziennik należy uzupełniać pismem odręcznym.

2) Dziennik zawiera 20 ponumerowanych stron. Należy je wydrukować dwustronnie.

**Regulamin praktyk zawodowych dla Studentów Wydziału Teologicznego  
Uniwersytetu Śląskiego  
na kierunku *nauki o rodzinie*  
Studia stacjonarne pierwszego i drugiego stopnia**

1. Podstawowym celem uczestnictwa w praktyce zawodowej jest zapoznanie się Studenta z działalnością programową instytucji świadczących wieloaspektową pomoc rodzinie ze szczególnym uwzględnieniem rodzin w sytuacjach trudnych.
2. Zgodnie ze standardami nauczania dla kierunku: *nauki o rodzinie* i w ramach przygotowania zawodowego Studentów tego kierunku, powinni oni odbyć praktykę: na studiach I stopnia w wymiarze co najmniej 150 godzin, na studiach II stopnia – co najmniej 75 godzin.
3. W związku z powyższym ustala się na Wydziale Teologicznym następujący przebieg praktyk zawodowych:
  - na III roku studiów 1 stopnia – praktyka ciągła w ogólnym wymiarze 150 godzin (min. 7 godzin w tygodniu). Czasem odbywania praktyk jest semestr zimowy (październik – luty).
  - na I roku studiów 2 stopnia – praktyka ciągła w ogólnym wymiarze 75 godzin (min. 5 godzin w tygodniu). Czasem odbywania praktyk jest semestr letni (luty – czerwiec).
4. Zaleca się, aby Student w ramach praktyki mógł poznać różne formy działalności danej instytucji, dlatego w miarę możliwości powinien brać nie tylko udział w zebraniach organizacyjnych zespołu, ale i w charakterze asystenta w konkretnych akcjach pomocowych świadczonych przez Instytucję, w której odbywa praktykę.
5. Zadania praktyki zawodowej sytuują się wokół następujących zagadnień:
  - zapoznanie się ze strukturą organizacyjną Instytucji,
  - zapoznanie się z podstawową dokumentacją prowadzoną przez Instytucję (jej statut, instrukcja bhp, itp.),
  - obserwacja infrastruktury i wyposażenia Instytucji oraz sposobów jej wykorzystania,
  - obserwacja współpracy instytucji ze środowiskiem lokalnym,
  - obserwacja sposobów pozyskiwania środków na działalność statutową,
  - obserwacja metod planowania działań oraz organizacji nowych inicjatyw, poszerzających działalność Instytucji,
  - obserwacja stosowanych przez zespół metod pracy;
  - asystowanie w wyznaczonych zajęciach wpisujących się w działalność statutową Instytucji.
6. Student sam wybiera Instytucję, w której podejmie praktykę (*proponowana lista ośrodków znajduje się na stronie Wydziału Teologicznego*).  
Ze względu na wymogi proceduralne związane z procesem skierowania Studenta na praktykę, ustala się, że – w wyznaczonym terminie – Student powinien poinformować wydziałowego opiekuna praktyk o tym, w jakiej Instytucji odbędzie praktykę, składając Formularz miejsca odbywania praktyki nie później niż:
  - na studiach pierwszego stopnia do 15 października danego roku akademickiego;
  - na studiach drugiego stopnia do 07 lutego danego roku akademickiego.
7. Po zawarciu stosownego *Porozumienia* pomiędzy Dziekanem Wydziału Teologicznego UŚ a Przedstawicielem danej Instytucji, Student otrzymuje *Skierowanie* do wybranej placówki, podpisane przez wydziałowego opiekuna praktyk.
8. Student odbywa praktykę pod kierownictwem jej opiekuna, którym jest bądź sam dyrektor ośrodka, bądź osoba przez niego wyznaczona.
9. Z ramienia Wydziału Teologicznego praktyki są kierowane przez wydziałowego opiekuna praktyk zawodowych, który działa przy współpracy z wydziałowym koordynatorem praktyk studenckich.
10. Student prowadzi dziennik praktyk (*wzór znajduje się na stronie Wydziału Teologicznego*).

11. W pierwszym dniu praktyki opiekun potwierdza:
  - fakt rozpoczęcia praktyki,
  - a także wspólnie ze Studentem przyjęcie do wiadomości niniejszych wytycznych
  - oraz ustala jej plan, sporządzając harmonogram zajęć.
12. Zajęcia prowadzone bezpośrednio przez studenta odbywają się przy współudziale opiekuna praktyki. Zajęcia te mogą być hospitowane przez:
  - dyrektora danej placówki,
  - wydziałowego koordynatora praktyk studenckich,
  - wydziałowego opiekuna praktyk zawodowych.
13. Po zakończeniu praktyki opiekun przygotowuje stosowną opinię (2 egzemplarze lub oryginał i potwierdzona kopia) na temat predyspozycji kandydata do pracy w danej instytucji. Dokument ten potwierdza dyrektor placówki stosowną pieczęcią i podpisem. (s. 19 w Dzienniku).
14. Zgromadzona dokumentacja stanowi podstawę do zaliczenia praktyki przez wydziałowego opiekuna praktyk zawodowych i jest jednym z elementów zaliczenia roku studiów.  
Do podstawowych dokumentów należą:
  - Dziennik praktyk poświadczający odbycie poszczególnych zajęć,
  - Oświadczenie Studenta o znajomości podstawowych zasad organizacji praktyk,
  - Ogólna charakterystyka instytucji w której odbywa się praktyka (s.6 w Dzienniku),
  - Opinia i ocena opiekuna praktyki sporządzona po zakończeniu praktyk zawodowych (s. 19 w Dzienniku ).
  - Raport z przebiegu praktyki zawodowej.
15. W przypadku bardziej szczegółowych pytań należy się kontaktować wydziałowym opiekunem praktyk zawodowych.

---

Miejscowość i data

---

Podpis Studenta

---

Miejscowość i data

---

Podpis Opiekuna

## O Ś W I A D C Z E N I E   S T U D E N T A

Zdając sobie sprawę z podstawowych zasad organizacji praktyk zawodowych (obowiązkowy charakter praktyk, brak odpłatności) oraz założonych celów i zadań praktyki, zobowiązuję się do przestrzegania obowiązujących w zakładzie pracy przepisów wynikających z regulaminu pracy, dyscypliny pracy, przepisów bhp, o ochronie informacji niejawnych, o ochronie danych osobowych oraz należytej staranności przy wykonywaniu powierzanych mi czynności.

---

Miejscowość i Data

Podpis Studenta

---

## POŚW I A D C Z E N I E   Z G Ł O S Z E N I A   S I Ę   S T U D E N T A W P I E R W S Z Y M   D N I U   P R A K T Y K I

*(Pieczęć nagłówkowa Instytucji)*

---

Miejscowość i Data

Podpis Opiekuna





**PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **1.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

**PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **2.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

## **PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **3.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

## **PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **4.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna



**PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **5.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

**PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **6.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna



## **PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **9.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

## **PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **10.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

**PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **11.**

Data:

Ilość godzin:

---

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Podpis Studenta

\_\_\_\_\_  
Podpis Opiekuna

---

**PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **12.**

Data:

Ilość godzin:

---

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Podpis Studenta

\_\_\_\_\_  
Podpis Opiekuna

## PRZEBIEG PRAKTYKI

Nr kolejnego dnia praktyki: **13.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

## PRZEBIEG PRAKTYKI

Nr kolejnego dnia praktyki: **14.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

## **PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **15.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

---

---

## **PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **16.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

## **PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **17.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

## **PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **18.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

## **PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **19.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

## **PRZEBIEG PRAKTYKI**

Nr kolejnego dnia praktyki: **20.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna



## PRZEBIEG PRAKTYKI

Nr kolejnego dnia praktyki: **21.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

## PRZEBIEG PRAKTYKI

Nr kolejnego dnia praktyki: **22.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

## PRZEBIEG PRAKTYKI

Nr kolejnego dnia praktyki: **23.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

## PRZEBIEG PRAKTYKI

Nr kolejnego dnia praktyki: **24.**

Data:

Ilość godzin:

Opis wykonywanych zajęć:

Podpis Studenta

Podpis Opiekuna

**OCENA i OPINIA OPIEKUNA  
SPORZĄDZONA PO ZAKOŃCZENIU PRAKTYKI**

Imię i Nazwisko Studenta	
Numer albumu Studenta	
Opinia o merytorycznym przygotowaniu Studenta:	
Opinia o praktycznym przygotowaniu Studenta:	
Ocena ostateczna:  <i>(pozytywna/negatywna)</i>	
Imię i Nazwisko Opiekuna:	
Czytelny podpis Opiekuna:	
Miejscowość i data	

Podpis i Pieczęć Dyrektora Placówki	
Miejscowość i data	

## UWAGI STUDENTA DOTYCZĄCE ODBYTEJ PRAKTYKI

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Miejscowość i Data

Podpis Studenta

### ADNOTACJE I DECYZJE

### WYDZIAŁOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Ocena:

---

Miejscowość i Data

ks. dr Tomasz Gwoźdźwicz  
Opiekun Praktyk Zawodowych WTL UŚ na  
kierunku nauki o rodzinie