

UNIwersytet Warmiński-Mazurski w Olsztynie  
Wydział Nauk Społecznych  
Ośrodek Praktyk Pedagogicznych i Zawodowych  
ul. Dybowskiego 13, 10-723 Olsztyn  
tel. 89 524 62 64

---

Pieczętka Uczelni

Wydział                      Nauk Społecznych  
Kierunek                    Analityka i zarządzanie publiczne  
Rok/forma                   II rok, studia stacjonarne pierwszego stopnia

---

# DZIENNIK PRAKTYK

## ROK AKADEMICKI 2025/2026

.....  
Imię i nazwisko studenta oraz kontakt

.....  
Nr albumu

**dr hab. Przemysław Piotrowski**   [przemyslaw.piotrowski@uwm.edu.pl](mailto:przemyslaw.piotrowski@uwm.edu.pl)  
Imię i nazwisko opiekuna ze strony Wydziału Nauk Społecznych oraz kontakt

## Przebieg praktyk

### Formalne potwierdzenie odbywania praktyk przez studenta wraz z zaliczeniem praktyki przez Uczelnię

| Lp. | Podstawa skierowania                                         | Liczba godzin pracy | Uzupełnia przedstawiciel instytucji przyjmującej |                                                             |                                    |                                                             | Uzupełnia przedstawiciel Uczelni                |                    |      |        |
|-----|--------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|------|--------|
|     |                                                              |                     | Potwierdzenie rozpoczęcia praktyki               |                                                             | Potwierdzenie zakończenia praktyki |                                                             | Wpisuje zaliczający z Wydziału Nauk Społecznych |                    |      |        |
|     |                                                              |                     | Data                                             | Pieczęć zakładu pracy i podpis dyrektora/osoby upoważnionej | Data                               | Pieczęć zakładu pracy i podpis dyrektora/osoby upoważnionej | Zaliczono                                       |                    | Data | Podpis |
|     |                                                              |                     |                                                  |                                                             |                                    |                                                             | Liczba godzin                                   | Charakter praktyki |      |        |
| 1.  | Umowa o realizację praktyki zawarta z instytucją przyjmującą | 160 liczba godzin   |                                                  |                                                             |                                    |                                                             |                                                 | Praktyka zawodowa  |      |        |

\*

\* Potwierdzenie złożenia przez studenta *Wniosku o praktykę studencką* oraz *Umowy o organizację praktyki studenta* w Ośrodku Praktyk Pedagogicznych i Zawodowych Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie (pieczęć i podpis osoby potwierdzającej dokonywane po zakończeniu praktyki)

.....  
Nazwa zakładu pracy

### KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od ..... do .....

| Data                                                | Godziny<br>pracy<br>od-do | Liczba<br>godzin<br>pracy | Tematyka zajęć prowadzonych i hospitowanych lub innych aktywności<br>studenta zgodnych z instrukcją praktyki |
|-----------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
| Liczba wszystkich<br>godzin praktyki<br>w tygodniu: |                           |                           |                                                                                                              |

.....  
Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej

.....  
Nazwa zakładu pracy

### KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od ..... do .....

| Data                                                | Godziny<br>pracy<br>od-do | Liczba<br>godzin<br>pracy | Tematyka zajęć prowadzonych i hospitowanych lub innych aktywności<br>studenta zgodnych z instrukcją praktyki |
|-----------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
| Liczba wszystkich<br>godzin praktyki<br>w tygodniu: |                           |                           |                                                                                                              |

.....  
Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej

.....  
Nazwa zakładu pracy

### KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od ..... do .....

| Data                                                | Godziny<br>pracy<br>od-do | Liczba<br>godzin<br>pracy | Tematyka zajęć prowadzonych i hospitowanych lub innych aktywności<br>studenta zgodnych z instrukcją praktyki |
|-----------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
|                                                     |                           |                           |                                                                                                              |
| Liczba wszystkich<br>godzin praktyki<br>w tygodniu: |                           |                           |                                                                                                              |

.....  
Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej

.....  
Nazwa zakładu pracy

### KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od ..... do .....

| <b>Data</b>                                                  | <b>Godziny<br/>pracy<br/>od-do</b> | <b>Liczba<br/>godzin<br/>pracy</b> | <b>Tematyka zajęć prowadzonych i hospitowanych lub innych aktywności<br/>studenta zgodnych z instrukcją praktyki</b> |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                              |                                    |                                    |                                                                                                                      |
|                                                              |                                    |                                    |                                                                                                                      |
|                                                              |                                    |                                    |                                                                                                                      |
|                                                              |                                    |                                    |                                                                                                                      |
|                                                              |                                    |                                    |                                                                                                                      |
| <b>Liczba wszystkich<br/>godzin praktyki<br/>w tygodniu:</b> |                                    |                                    |                                                                                                                      |

.....  
Podpis Opiekuna praktyk w instytucji przyjmującej