Pieczątka placówki Data:

**Opinia o przebiegu praktyki**

Nazwisko i imię studenta/ki: .................................................................................................

Numer albumu: …………… Rok studiów: ………..….… stacjonarnych / niestacjonarnych[[1]](#footnote-1)\*

Liczba odbytych godzin praktyki: ..................Termin praktyki: ……………………………….

Nazwa i adres placówki: ......................................................................................................

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

Nazwisko i imię Zakładowego Opiekuna Praktyk (**psychologa**):

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

Najistotniejsze zadania zrealizowane w czasie praktyki:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Opinia na temat jakości wykonania przez praktykanta/tkę zadań w czasie praktyki zawodowej:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ostateczna ocena rezultatów praktyki: zaliczona / niezaliczona[[2]](#footnote-2)\*

 --------------------------------------------------------------------

 Podpis Zakładowego Opiekuna Praktyki (**psychologa**)

1. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)