



# WYŻSZA SZKOŁA TURYSTYKI I HOTELARSTWA W GDAŃSKU

## STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA

Rok studiów: ..... Grupa ..... Semestr: .....

Kierunek studiów: **TURYSTYKA I REKREACJA**

Specjalność: .....

# DZIENNIK PRAKTYK

.....  
*Imię i nazwisko studenta*

.....  
*nr albumu*

.....  
*Termin odbywania praktyki*

**Miejsce praktyki** .....

.....

.....

.....

Nazwa podmiotu gospodarki turystycznej

.....  
*Podpis Koordynatora Praktyk*



## I Tydzień

.....  
Nazwa podmiotu gospodarki turystycznej

Imię i nazwisko studenta: .....

# KARTA TYGODNIA

Tydzień od ..... r. do ..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć:

.....  
*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*



## II Tydzień

.....  
Nazwa podmiotu gospodarki turystycznej

Imię i nazwisko studenta: .....

---

# KARTA TYGODNIA

Tydzień od ..... r. do ..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć:

.....  
*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*



### III Tydzień

.....  
Nazwa podmiotu gospodarki turystycznej

Imię i nazwisko studenta: .....

## KARTA TYGODNIA

Tydzień od ..... r. do ..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć:

.....  
*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*



### IV Tydzień

.....  
Nazwa podmiotu gospodarki turystycznej

Imię i nazwisko studenta: .....

## KARTA TYGODNIA

Tydzień od ..... r. do ..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć:

.....  
*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*



## V Tydzień

.....  
Nazwa podmiotu gospodarki turystycznej

Imię i nazwisko studenta: .....

# KARTA TYGODNIA

Tydzień od ..... r. do ..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć

.....  
*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*



## VI Tydzień

.....  
Nazwa podmiotu gospodarki turystycznej

Imię i nazwisko studenta: .....

# KARTA TYGODNIA

Tydzień od ..... r. do ..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć:

.....  
*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*



## VII Tydzień

.....  
Nazwa podmiotu gospodarki turystycznej

Imię i nazwisko studenta: .....

# KARTA TYGODNIA

Tydzień od ..... r. do ..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć:

.....  
*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*



## VIII Tydzień

.....  
Nazwa podmiotu gospodarki turystycznej

Imię i nazwisko studenta: .....

# KARTA TYGODNIA

Tydzień od ..... r. do ..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć:

.....  
*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*



### IX Tydzień

.....  
Nazwa podmiotu gospodarki turystycznej

Imię i nazwisko studenta: .....

## KARTA TYGODNIA

Tydzień od ..... r. do ..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć:

.....  
*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*



## X Tydzień

.....  
Nazwa podmiotu gospodarki turystycznej

Imię i nazwisko studenta: .....

# KARTA TYGODNIA

Tydzień od ..... r. do ..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć:

.....  
*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*



## XI Tydzień

.....  
Nazwa podmiotu gospodarki turystycznej

Imię i nazwisko studenta: .....

# KARTA TYGODNIA

Tydzień od ..... r. do ..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć:

.....  
*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*



## XII Tydzień

.....  
Nazwa podmiotu gospodarki turystycznej

Imię i nazwisko studenta: .....

# KARTA TYGODNIA

Tydzień od ..... r. do ..... r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

**Łączna liczba godzin: .....**

Potwierdzenie Zakładu pracy odbycia zajęć:

.....  
*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*



### Opinia Podmiotu gospodarki turystycznej o odbytej przez Studenta praktyce

(obowiązkowość, odpowiedzialność, kreatywność, inicjatywy własne, realizacja zadań w sposób zapewniający bezpieczeństwo własne i otoczenia, przestrzeganie zasad BHP, umiejętność uzupełniania i doskonalenia wiedzy, prawidłowa identyfikacja dylematów związanych z wykonywaniem zawodu w obszarze związanych z praktyką itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**EFEKTY UCZENIA SIĘ osiągnięte przez studenta pierwszego stopnia WSTiH podczas praktyk zawodowych:**

EFEKTY UCZENIA SIĘ DLA PRZEDMIOTU			
Kod	Efekty w zakresie	Zrealizowane	Nie zrealizowane
<b>Wiedzy – Student zna i rozumie:</b>			
W1	Student ma wiedzę dotyczącą różnorodnych rozwiązań organizacyjnych stosowanych w branży turystycznej i rekreacji		
W2	Zapoznaje się z zasadami i specyfikacją funkcjonowania różnych podmiotów oraz rynków w sferze turystyki i rekreacji		
<b>Umiejętności – Student potrafi:</b>			
U1	Posiada umiejętność rozpoznawania potrzeb różnych grup klientów dotyczących działań związanych z turystyką i rekreacją		
U2	Potrafi komunikować się z klientem oraz uzasadniać swoje stanowisko używając właściwej dla branży terminologii		
U3	Samodzielnie planuje i organizuje swoją pracę oraz pracę zespołu		
U4	Wykorzystuje zdobytą wiedzę i umiejętności z zakresu turystyki i rekreacji działaniach praktycznych.		



<b>Kompetencji społecznych – Student jest gotów do:</b>			
K1	Rozumie znaczenie wiedzy w rozwiązywaniu problemów praktycznych w branży turystycznej i rekreacji.		
K2	Wypełnia zobowiązania społeczne, pracuje w zespole w sposób przedsiębiorczy		
K3	Student stosuje zasady etyki zawodu w zakresie świadczenia usług turystycznych i rekreacyjnych.		

.....  
*Pieczęć i podpis Zakładowego Opiekuna Praktyk*

Zaliczenie praktyki:

Data zaliczenia praktyki zawodowej: .....

Przyznaję ..... punktów ECTS.

.....  
*Pieczęć i podpis Koordynator Praktyk*