……………… **Zał. 3 do Reg. 1**

*(nazwa uczelni)*

……………………

*(nazwa wydziału, instytutu)*

Kierunek studiów: *…………………*

Praktykant: ………………….. Nr albumu.: *……..*  Rok akademicki: *201…/201….*

Miejsce praktyki *(instytucja/firma):*

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

Termin realizacji praktyki: od …...... 201… r. do ……… 201…. r. Liczba dni rozliczeniowych: **60**

Zakładowy opiekun praktyki: ……………………………………………….

Uczelniany opiekun praktyki: ……………………………………………….

**SZCZEGÓŁOWY PROGRAM**

**PILOTAŻOWEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Efekty kształcenia | Stanowisko pracy / przykładowe prace wykonywane przez praktykanta |
| 03 | Umie identyfikować i interpretować czynniki makrootoczenia oraz wskazywać zasady funkcjonowania przedsiębiorstwa w realiach gospodarki krajowej\* |  |
| 05 | Umie zdiagnozować problem wykorzystując zebrane informacje podczas analizy i opracowywania dokumentacji związanej z organizacją i realizacją procesów produkcyjnych/usługowych\*\* |  |
| 07 | Umie klasyfikować dobra zaopatrzeniowe, dokonać wyboru dostawcy, zaplanować potrzeby materiałowe\* |  |
| 08 | Umie zdefiniować problem i rozwiązać go stosując poznane metody, techniki i narzędzia w zakresie analizy funkcjonowania procesów logistycznych, a także zaproponować mierniki i wskaźniki służące ich ocenie \*\*\* |  |
| 10 | Umie komunikować się w środowisku pracy stosując specjalistyczna terminologię |  |
| 11 | Umie pracować w zespole oraz potrafi ponosić odpowiedzialność za wspólnie wykonywania zadania |  |

*\*) Pogłębienie efektu realizowanego na kursowej praktyce zawodowej.*

*\*\*) Wymagany jest opis co najmniej dwóch problemów – w tym jednego w trakcie praktyki pilotażowej.*

*\*\*\*) Wymagane rozwiązanie co najmniej trzech mini zadań – w tym co najmniej dwóch w trakcie praktyki pilotażowej. Założenia określa szczegółowy program praktyki praktykanta.*

 Uzgodniono w dniu: …………………………………………

Zakładowy opiekun praktyki: ……………………………………….

*(Czytelny Podpis)*

Uczelniany opiekun praktyki: ……………………………………….

 *(Czytelny Podpis)*

 Praktykant: ………………………………………..

 *(Czytelny Podpis)*