

**Europejska Akademia Medycznych  
i Społecznych Nauk Stosowanych  
Wydział Nauk o Zdrowiu**

**KARTA PRAKTYKI**

kierunek: **Kosmetologia**

studia I stopnia – rok I

.....  
imię i nazwisko

.....  
numer albumu

.....  
pieczęć i podpis Dziekana

podstawa skierowania	Potwierdzenie rozpoczęcia praktyki (wypełnia opiekun praktyk w placówce)		Potwierdzenie zakończenia praktyki (wypełnia opiekun praktyk w placówce)	
	data	pieczęć placówki, podpis kierownika/ opiekuna	data	pieczęć placówki, podpis kierownika/ opiekuna

## PRAKTYKA ZAWODOWA - rok I

Kompetencje studenta z zakresu **kosmetologii pielęgnacyjnej**  
ocenie przez opiekuna praktyk z placówki, po odbyciu praktyki zawodowej  
(semestr II - 120 godz., 5 ECTS)

<b>Kategorie kwalifikacji:</b>	<b>Zaliczenie – podpis i pieczęć opiekuna praktyki</b>
<b>Kategoria: Wiedza</b>	
znajomość zasad przepisów prawnych, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz sanitarno-epidemiologicznych	
znajomość zasad obsługi specjalistycznego sprzętu kosmetycznego	
Znajomość zasad interpersonalnych, etycznych, etykiety w kontaktach z klientami i współpracownikami	
znajomość zasad prowadzenia gabinetu kosmetycznego	
<b>Kategoria: Umiejętności</b>	
Umiejętność przeprowadzenia wywiadu z klientem mającym na celu ustalenie wskazań i przeciwwskazań do wykonywania zabiegów	
umiejętność obsługi sprzętu i urządzeń wykorzystywanych podczas wykonywania zabiegów kosmetycznych	
umiejętność praktycznego przygotowania stanowiska pracy	
umiejętność dezynfekcji i sterylizacji w gabinecie, przygotowanie narzędzi i materiałów do sterylizacji	
umiejętność zgodnego z zasadami higieny uporządkowania stanowiska pracy	
<b>Kategoria: Kompetencje społeczne</b>	
świadomość odpowiedzialności za bezpieczeństwo, zdrowie i komfort psychiczny klienta/pacjenta	
umiejętność współpracy w zespole	
umiejętność przyjmowania różnych ról w zespole	
zaangażowanie w wykonywane zadania	
motywacja do zdobywania wiedzy i umiejętności	

**Dodatkowe spostrzeżenia przebiegu praktyki zawodowej studenta (opinia opiekuna z placówki):**

.....

.....

.....

.....

..... *pieczęć i podpis opiekuna z placówki*

Zaliczenie praktyki zawodowej po roku I – 5 ECTS

**Kierownik praktyk  
na kierunku Kosmetologia WNoZ EAMiSNS**

data .....

***mgr Jolanta Ewa Łazarczyk***