

**KARTA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**Rok III kierunku Techniki dentystyczne studia pierwszego stopnia**

**Oddział Stomatologiczny**

**Wydział Lekarski**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………………………………………  |
| Numer albumu…….…………………… Rok akademicki….….…/……..… Rok studiów……………… Semestr….………………………….  |
| Termin odbytych praktyk od……………….….… do …………..…………. Liczba tygodni…………………………………………………………. |

Zgodnie z Regulaminem organizacji studenckich praktyk zawodowych na kierunku techniki dentystyczne stopień pierwszy Od-działu Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dnia 1 października 2019r. studentów obowiązuje 8-tygodniowa (240 godz.) praktyka zawodowa z zakresu techniki dentystycznej na każdym roku studiów. Jeden dzień praktyk rozumiany jest jako 6h pracy/zajęć praktycznych studenta w placówce. Praktyki mogą się odbywać w dowolnych miesiącach w ciągu danego roku akademickiego, jeżeli nie kolidują z planowanymi zajęciami oraz sesją egzaminacyjną.

**Termin rozliczenia się z odbytych praktyk zawodowych: do dnia 20.09.2024 r.**

**Proponowana ocena końcowa:……………………………**

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

(data, pieczątka i podpis Opiekuna praktyk)

**Zaliczenie Praktyk Zawodowych przez Kierownika Praktyk z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **…………………………………………………….****ocena** | **………………………………………………………****data** | **………………………………………………….****Podpis Dziekana** |

**KARTA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**3 rok kierunku Techniki dentystyczne studia pierwszego stopnia**

 **Oddział Stomatologiczny Wydział Lekarski**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  |
| Numer albumu…….………… Rok akademicki….….…/……..… Rok studiów…………… Semestr…………………………………………... |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Zakres wykonywanych czynności** | **Zaliczono****(Podpis opiekuna)** |
| **1** | Wykonywanie koron ze stopu metalu licowanych ceramiką |  |
| **2** | Wykonywanie mostów ze stopu metalu licowanych ceramiką |  |
| **3** | Wykonywanie uzupełnień protetycznych z zastosowaniem precyzyjnych elementów retencyjnych |  |
| **4** | Wykonywanie protez termoplastycznych metodą wtryskową |  |
| **5** | Wykonanie modeli ortodontycznych |  |
| **6** | Doginanie elementów drucianych – łuki i klamry |  |
| **7** | Wykonanie płyty akrylowej metodą nasypywania |  |
| **8** | Obróbka mechaniczna i polerowanie aparatów ortodontycznych jednoszczękowych |  |
| **9** | Oprawianie modeli w zgryzie konstrukcyjnym |  |
| **10** | Doginanie elementów drucianych i akrylowanie aparatów dwuszczękowych |  |
| **11** | Wykonanie szyn relaksacyjnych i do wybielania metodą termoformingu |  |
| **12** | Inne………………………………………………………………………. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **……….………………………………………………………………………****nazwa placówki** | **……………………………………………………………………………………****data, pieczątka i podpis Opiekuna praktyk** |

Uwagi:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..