UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

KARTA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Rok III
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 2024 r. 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.

Proponowana ocena końcowa:……

……

(data, pieczątka i podpis Opiekuna praktyk)

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

(*wypełnia Uniwersytet Medyczny)

……	……	……
ocena	**data**	**Podpis Kierownika Praktyk**

KARTA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Rok III
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:……