МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кузбасский й государственный технический университет имени Т.Ф. Горбачева»

Филиал КузГТУ в г. Новокузнецке

**Рабочий график (план) практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **СОГЛАСОВАНО**Руководитель практики от профильной организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись Ф.И.О.Руководитель практики из числа НПРфилиала КузГТУ в г. Новокузнецке\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись Ф.И.О. |  | **УТВЕРЖДАЮ**Заведующий кафедройфилиала КузГТУ в г. Новокузнецка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись Ф.И.О. «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ г. |

|  |
| --- |
| Обучающийся  |
| Направление подготовки (специальность) |
| *(код наименование направления (специальности))* |
| Курс | Форма обучения | Группа |
| Тип практики |
| Способ проведения практики ***стационарная*** |
| Период прохождения практики с  | по |
| Профильная организация |
|  |
|  |
| *(наименование, местонахождение)* |
| Руководитель практики из числа НПР филиала КузГТУ в г. Новокузнецке |
|  |
| *ФИО, должность* |
| Руководитель практики от профильной организации |
|  |
| *ФИО, должность* |
| Индивидуальное задание на практику: |
| *(в соответствии с программой практики)* |
| Содержание практики: |
| *(в соответствии с программой практики)* |
| Планируемые результаты: |

*(в соответствии с программой практики)*

**Проведен инструктаж обучающегося по ознакомлению с требованиями охраны труда, техники безопасности, пожарной безопасности, а также правилами внутреннего трудового распорядка**

 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Инструктаж провел \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ФИО, должность руководителя практики от профильной организации, подпись*

Инструктаж пройден\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ФИО обучающегося, подпись*