«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ» (МГТУ ГА)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| УТВЕРЖДАЮ: | | |
| Зав. кафедрой | |  |
|  |  | *(название)* |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(Ф.И.О.)* |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОТЧЕТ** | | | | | | |
| **о прохождении исследовательской практики** | | | | | | |
| (20\_\_\_- 20\_\_\_ учебный год) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| аспиранта | |  | | | | |
|  | | *(Ф.И.О.)* | | | | |
| Направление подготовки | | | | |  | |
|  | | | | | *(шифр и название)* | |
|  | | | | | | |
| Год и форма обучения | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| Кафедра |  | | | | | |
|  | *(название)* | | | | | |
| Руководитель практики | | | |  | | |
|  | | | | *(должность, учёное звание и степень Ф.И.О.)* | | |
| Место прохождения практики | | | | | |  |
|  | | | | | |  |
| Сроки прохождения практики: | | | | | | с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
|  | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п\п | Выполненные формы работ | Количество часов  (всего 72 ч.) | Сроки выполнения | Форма отчетности |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| По итогам проведённой практики изучено и показаны знания: | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Самооценка проделанной работы (соответствие ожиданиям, достижения, | | |
| трудности): |  | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Предложения по проведению практики: | |  |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Отзыв руководителя о прохождении исследовательской практики: | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Аспирант | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(подпись)* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(расшифровка подписи)* |
| Руководитель практики | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(подпись)* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(расшифровка подписи)* |