*KARTA PRA KTYKA NTA U KSW*

Imię i nazwisko studenta ……………………………………………………………………………………………………………………….

Kierunek studiów, specjalność ………………………………………………………………………………………………………………

Rok studiów……………………… stopień studiów ………………………………….. nr albumu ………………..……………..

Pełna nazwa instytucji, w której zrealizowano praktykę..............................................................................

.............................................................................................................................................................................

Adres instytucji .............................................................................................................................................

Termin praktyki od ……….. /……….. /....…… do ……… /………… / …….. zrealizowana liczba godzin .........

Imię i nazwisko opiekuna praktyk ................................................................................................................

O P I N I A O P R A K T Y K A N C I E (w y p e ł n i a o p i e k u n w I n s ty tu c j i):

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

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

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

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

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

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

U W A G I O P R Z E B I E G U P R A K T Y K I (w y p e ł n i a o p i e k u n w I n s ty tu c j i):

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

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

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

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

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

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

*…………… ………………………………………… …………………………………………………………*

*data podpis opiekuna praktyki pieczątka Instytucji*

OCENA EFEKTÓW UCZENIA SIĘ PRAKTYKANTA (wypełnia opiekun w Instytucji):

5 – wysoki poziom przygotowania 4 – odpowiada oczekiwaniom 3 – dostateczny 2 – poważne zastrzeżenia 1 – nie dotyczy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Efekty uczenia się podlegające ocenie:** | | Ocena stopnia osiągnięcia przez studenta założonych efektów kształcenia | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **WIEDZA** | Posiada fachową wiedzę z zakresu studiowanego kierunku |  |  |  |  |  |
| Zna metody, narzędzia, techniki pracy na stanowisku: .………… |  |  |  |  |  |
| Rozumie zasady i normy etyczne w pracy |  |  |  |  |  |
| Zna zasady bezpieczeństwa i higieny pracy |  |  |  |  |  |
| Orientuje się w strukturze i zakresie działalności instytucji |  |  |  |  |  |
| Zna podstawowe uregulowania prawne |  |  |  |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** | Potrafi pozyskiwać i wykorzystywać informacje |  |  |  |  |  |
| Umie formułować jasne opinie |  |  |  |  |  |
| Potrafi zaplanować prace |  |  |  |  |  |
| Wykorzystuje programy: ………………… |  |  |  |  |  |
| Umie pracować w zespole |  |  |  |  |  |
| Posługuje się językiem obcym: ………………… |  |  |  |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** | Ponosi odpowiedzialność za powierzone zadania |  |  |  |  |  |
| Jest samodzielny i kreatywny |  |  |  |  |  |
| Jest punktualność, zdyscyplinowany |  |  |  |  |  |
| Wykazuje się kulturą osobistą |  |  |  |  |  |
| Jest komunikatywny |  |  |  |  |  |
| Radzi sobie ze stresem |  |  |  |  |  |
| Prezentuje postawę aktywną |  |  |  |  |  |
| Stosuje się do wskazówek opiekuna |  |  |  |  |  |

*OGÓLNA OCENA PRAKTYKI* (wg skali: bardzo dobra, dobra, dostateczna, niedostateczna)

*…………………… ………………………………… ………………………………………………..*

*data podpis opiekuna praktyk pieczątka Instytucji*

U W A G I P E Ł N O M O C N I K A D Z I E K A N A ds. P R A K T Y K:

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Z A L I C Z E N I E P R A K T Y K I P R Z E Z P E Ł N O M O C N I K A D Z I E K A N A d s . P R A K T Y K :

……………… praktykę ……………………………………………………. w wymiarze ………… godzin na ocenę …………

………………………… ………………….………………………………………………

*data podpis i pieczęć pełnomocnika dziekana ds. praktyk*