

Ocena realizacji praktyki przez Studenta

Imię i nazwisko Studenta	
Kierunek i rok studiów	
Miejsce i adres odbywania praktyki	
Termin realizacji praktyki (stacjonarnie/zdalnie)	
Imię i nazwisko opiekuna praktyki z ramienia jednostki przyjmującej na praktykę	

	TAK	NIE
Czy student zgłosił się do opiekuna praktyk z ramienia instytucji przyjmującej, w ustalonym terminie i dopełnił wszelkich formalności związanych z realizowaną praktyką?		
Czy student ma możliwość osiągnięcia założonych dla praktyki zawodowej efektów uczenia?		
Czy student ma możliwość pogłębiania wiedzy w miejscu, w którym odbywa praktykę?		
Czy w miejscu realizacji praktyki student nabywa umiejętności przewidziane w kierunkowym programie praktyk?		
Czy student nabywa kompetencje społeczne, zgodne z efektami uczenia się przewidzianymi do realizacji?		
Czy student systematycznie i rzetelnie wywiązuje się z powierzonych mu zadań?		

Uwagi:

.....
.....

Data i podpis opiekuna praktyki

.....