**Załącznik nr 2.**

**RAPORT OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH Z OCENY OSIĄGANYCH EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kierunek studiów** |  |
| **Nazwa zajęć****zgodna z programem studiów** |  |
| **Katedra/Zakład/Klinika** |  |
| **Poziom kształcenia/forma studiów**(odpowiednie podkreślić) | **studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia/ stacjonarne, niestacjonarne** |
| **Rok: …………………………………………………Semestr: …………………………………………………..Liczba studentów:……………………………** |
| **Tytuł i/lub stopień naukowy/tytuł zawodowy, imię i nazwisko prowadzącego**  |  |
| **Tytuł i/lub stopień naukowy/tytuł zawodowy, imię i nazwisko koordynatora**  |  |
| **ŚREDNIA OCEN OSIĄGANYCH EFEKTÓW UCZENIA SIĘ W ZAKRESIE**  |
| **Wiedzy** | **Umiejętności** | **Kompetencji społecznych** | **Odsetek ocen niedostatecznych** |
|  |  |  |  |  |
| **PROPONOWANE MODYFIKACJE**  |
| **Efektów uczenia się**(symbol i treść efektu) | **Metod oceny** **osiąganych efektów uczenia się** |  |
| **Stan obecny** | **Proponowane zmiany** | **Stan obecny** | **Proponowane zmiany** |  |
| **Uzasadnienie wprowadzonych zmian:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |
|  ……………………………………………………… ........................................................................................................ data podpis opiekuna praktyk |