**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 | | | | | | | | | | |