**KWESTIONARIUSZ OCENY MIEJSCA PRAKTYK\***

Nazwa i siedziba ………………………………………………………………………………

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

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

Zakres działalności: ……………………………………………………………………………

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

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

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

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z sylabusem praktyk przedstawionym przez studenta.

Czy student otrzyma dostęp do dokumentacji niezbędnej do osiągnięcia efektów uczenia się określonych w sylabusie?

…………………………………………………………………………………………………

Czy student ma możliwość osiągnięcia wszystkich określonych w sylabusie efektów uczenia się?

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

Wyrażam zgodę\*\*, aby student w czasie pracy wykonywał zadania zgodne z programem praktyk, a nie zadania wynikające z obowiązków zawodowych

 TAK NIE dd

Na opiekuna praktyk wyznaczam: ……………………………………………………………..

Kompetencje i doświadczenie opiekuna praktyk: ……………………………………………..

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

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

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

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

Liczba praktykantów, którymi będzie opiekował się opiekun praktyk w czasie realizacji praktyk: …………….

 ………………………..

 Podpis

\*wypełnia kierownik jednostki organizacyjnej, w której będzie realizowana praktyka

\*\* proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź, jeżeli student jest jednocześnie pracownikiem