……………………………………….

Pieczęć Zakładu Pracy

**OCENA PRZEBIEGU PRAKTYKI STUDENCKIEJ**

**Imię i nazwisko studenta: .........................................................................................................**

**Kierunek i poziom studiów: .....................................................................................................**

**Numer albumu: .................................................**

**Nazwa i adres Zakładu Pracy: ................................................................................................
......................................................................................................................................................**

*Prosimy o wypełnienie tabelki poprzez zakreślenie TAK lub NIE w każdym punkcie.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Realizacja zakładanych efektów kształcenia** | **TAK** | **NIE** |
| 1. | Umiejętność wykorzystywania zdobytej wiedzy w praktyce |  |  |
| 2. | Umiejętność pracy i komunikacji w zespole |  |  |
| 3. | Umiejętność efektywnego organizowania swojej pracy |  |  |
| 4. | Umiejętność rozwiązywania przydzielonych zadań |  |  |
| 5. | Kreatywność w realizowaniu powierzonych zadań |  |  |
| 6.  | Umiejętność radzenia sobie w trudnych, stresujących sytuacjach |  |  |
| 7. | Postępy w zakresie działań praktycznych |  |  |

**OPINIA OPIEKUNA O PRAKTYKANCIE**

**Student/-ka ................................................................................. odbywał/-a nieodpłatnie praktykę w wymiarze ...................... godzin w okresie od ...................................
do ................................ .**

**.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**...................................... .................................................................**

 **Data Podpis Opiekuna praktyki**