**OCENA MIEJSCA REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**Imię i nazwisko studenta: ……………………………………………………………………**

**Kierunek i poziom studiów: …………………………………………………………………**

**Nazwa i adres miejsca realizacji praktyki:…………………………………………………**

**Imię i nazwisko opiekuna praktyki z ramienia UG: …………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium oceny** | **TAK** | **NIE** |
| 1. | Czy miejsce realizacji praktyki gwarantuje zdobycie nowych umiejętności i doświadczenia w nowym dla studenta środowisku pracy? |  |  |
| 2. | Czy profil działalności praktykodawcy jest zgodny z treściami programowymi praktyki? |  |  |
| 3. | Czy charakter i zakres zadań realizowanych w miejscu praktyki jest zgodny z celami dydaktycznymi kształcenia i efektami uczenia się? |  |  |
| 4. | Czy zachowane są odpowiednie warunki pracy i wyposażenie miejsca realizacji praktyki? |  |  |
| 5. | Czy praktykodawca może się wykazać doświadczeniem pracy ze studentami? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPINIA** | **TAK** | **NIE** |
| Wybrane przez studenta miejsce realizacji praktyki spełnia kryteria jakościowe wymagane do przeprowadzania praktyki zawodowej |  |  |

**…………………………… ……………………………………………….**

**Data Podpis opiekuna praktyki z ramienia UG**