**OCENA MIEJSCA REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH**

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

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

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

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

Wypełnia Student

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium oceny** | **TAK** | **NIE** |
| 1. | Czy miejsce realizacji praktyk gwarantuje zdobycie nowych umiejętności i doświadczenia w nowym dla studenta środowisku pracy? |  |  |
| 2. | Czy profil działalności praktykodawcy jest zgodny z treściami programowymi praktyk? |  |  |
| 3. | Czy charakter i zakres zadań realizowanych w miejscu praktyk jest zgodny z celami dydaktycznymi kształcenia i efektami uczenia się? |  |  |
| 4. | Czy zachowane są odpowiednie warunki pracy i wyposażenie miejsca realizacji praktyk (np. dostęp do sprzętu, narzędzi, materiałów i dokumentacji)? |  |  |
| 5. | Czy praktykodawca posiada odpowiednie kompetencje (wykształcenie kierunkowe, doświadczenie zawodowe) i może się wykazać doświadczeniem pracy ze studentami? |  |  |

Wypełnia Opiekun/Kierownik Praktyk z ramienia UG

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPINIA** | **TAK** | **NIE** |
| Wybrane przez studenta miejsce realizacji praktyk spełnia kryteria jakościowe wymagane do przeprowadzania praktyk zawodowych. |  |  |

**…………………………… ……………………………………………….**

**Data Podpis opiekuna praktyk z ramienia UG**