

# SAMOOCENA STUDENTA ORAZ OCENA MIEJSCA REALIZACJI PRAKTYK

**Kierunek:** pielęgniarstwo/fizjoterapia/ratownictwo medyczne/lekarski\*

**Studia:** stacjonarne/niestacjonarne/pierwszego stopnia/jednolite magisterskie\*

**Umowa z placówką:** ramowa (partnerzy AWSB)/grupowa (partnerzy AWSB)/indywidualna\*

\*niepotrzebne skreślić

Rodzaj praktyki/ z jakich zajęć (przedmiotu): .....

Ilość godzin dydaktycznych (zrealizowanych): ..... Data (miesiąc/rok): .....

Nazwa i adres placówki, w której była realizowana praktyka.....

.....  
.....

Ocena realizacji praktyki zawodowej w skali ocen **od 1 do 5** (1 = bardzo nisko, 2 = raczej nisko, 3 = trudno powiedzieć, 4 = raczej wysoko, 5 = bardzo wysoko)

Kategorie oceny	1	2	3	4	5
Warunki, w jakich odbywała się praktyka					
Możliwość doskonalenie umiejętności zawodowych (możliwość samodzielnego wykonywania czynności zawodowych)					
Możliwość poszerzania wiedzy (uzyskanie nowej wiedzy lub możliwość pogłębienia i utrwalenia już znanej)					
Stopień trudności stawianych przed studentem zadań (1 - bardzo niski, 2 – raczej niski, 3 – średni stopień, 4 - wysoki stopień, 5 – <b>zbyt wysoki</b> stopień trudności)					
Warunki, w jakich odbywała się praktyka-dostęp do szatni, pomieszczenia socjalnego, możliwość uzupełniania dokumentacji i robienia notatek.					
Stosunek personelu placówki do studentów					
Stosunek opiekuna praktyki do studentów (życzliwość, gotowość do udzielania informacji merytorycznych i praktycznych)					
Umiejętności opiekuna praktyk (doświadczenie, wiedza, przystępność przekazywaniu nowych informacji)					
Ogólna ocena wskazanej praktyki zawodowej					
Czy Pani/Pana zdaniem wyznaczona osoba powinna być nadal opiekunem praktyk zawodowych	tak		nie		
Czy Pani/Pana zdaniem praktyka zawodowa powinna odbywać się w tym ocenianym miejscu	tak		nie		