Załącznik

do Procedury nr 4

**RAPORT SEMESTRALNY**

**SAMOOCENY OSIĄGNIĘCIA ZAKŁADANYCH EFEKTÓW UCZENIA SIĘ ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ PRAKTYK STUDENCKICH**

**na kierunku studiów: …………………………………………………………………….**

**prowadzonym na Wydziale Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

**w Uniwersytecie Radomskim im. Kazimierza Pułaskiego**

*(wypełnia opiekun praktyk studenckich i przekazuje sekretarzowi KKOEU do dnia 15 września)*

Opiekun kierunkowy praktyk studenckich: …………………………………...….

Rok akademicki: …………………………. Semestr (zimowy/letni): ………..………………...

1. Potwierdzam realizację programu kształcenia i osiągnięcie zakładanych efektów uczenia się w ramach koordynowanych przeze mnie praktyk studenckich:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kierunek studiów/  poziom/forma/specjalność | Rodzaj praktyki | Semestr | Termin realizacji praktyki | Miejsce  praktyki |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

1. UWAGI ORAZ PROPOZYCJE ZMIAN I DZIAŁAŃ DOSKONALĄCYCH W ZAKRESIE OSIĄGANIA EFEKTÓW UCZENIA SIĘ, FORM REALIZACJI ZAJĘĆ, METOD KSZTAŁCENIA

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

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

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

Data: …………………. …………………….………………

podpis uczelnianego opiekuna praktyk studenckich