*Załącznik nr 4 do Regulaminu praktyk zawodowych MSOŚ*

**KARTA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

(wypełnia student/studentka)

|  |
| --- |
| **DANE STUDENTA ROK AKADEMICKI** …………./………..   1. Imię i nazwisko:......................................................................................... 2. Kierunek studiów: ...................................................................................... 3. Rok studiów: …………………………………………………. Nr indeksu: ……………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **INSTYTUCJA/ZAKŁAD PRACY PRZYJMUJĄCA(Y) NA PRAKTYKĘ**   1. Nazwa instytucji/zakładu pracy: .........................................................................................................   .........................................................................................................   1. Adres i nr telefonu: ......................................................................................................... ......................................................................................................... 2. Imię i nazwisko Zakładowego Opiekuna praktyk zawodowych:   .........................................................................................................   1. Okres odbycia praktyki przez studenta: od: ........................ do: ........................ |

**CZĘŚĆ I – OPIS PRZEBIEGU PRAKTYK ZAWODOWYCH   
I ZAKRESU WYKONYWANYCH OBOWIĄZKÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr dnia** | **Data** | **Opis** | |
| 1 |  |  | |
| 2 |  |  | |
| 3 |  |  | |
| 4 |  |  | |
| 5 |  |  | |
| 6 |  |  | |
| 7 |  |  | |
| 8 |  |  | |
| 9 |  |  | |
| 10 |  |  | |
| 11 |  |  | |
| 12 |  |  | |
| 13 |  |  | |
| 14 |  |  | |
| 15 |  |  | |
| 16 |  |  | |
| 17 |  |  | |
| 18 |  |  | |
| 19 |  |  | |
| 20 |  |  | |
| Potwierdzenie zrealizowania praktyki przez Uczelnianego Opiekuna praktyk zawodowych  (*data, podpis*) | | | Potwierdzenie zrealizowania praktyki przez Zakładowego Opiekuna praktyk zawodowych  (*data, podpis*) |

**CZĘŚĆ II. ANKIETA EWALUACYJNA MIEJSCA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

(wypełnia student/ka, przedstawione poniżej opinie nie mają wpływu na ocenę studenta)

Proszę ocenić w skali od 1 (ocena skrajnie negatywna) do 5 (ocena skrajnie pozytywna) wymienione komponenty praktyk zawodowych poprzez wstawienie znaku „X”:

| **Komponenty i kryteria oceny** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **Nie mam zdania** | **Nie dotyczy** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nadzór opiekuna w miejscu praktyk** | | | | | | | |
| Opieka merytoryczna ze strony osoby wyznaczonej przez pracodawcę |  |  |  |  |  |  |  |
| Stopień trudności zlecanych zadań adekwatny do wiedzy i umiejętności praktykanta |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba wyznaczonych zadań adekwatna do dziennego czasu pracy praktykanta |  |  |  |  |  |  |  |
| Przyjazność/życzliwość otoczenia |  |  |  |  |  |  |  |
| **Stanowisko pracy** | | | | | | | |
| Dostęp do niezbędnych urządzeń biurowych koniecznych do realizacji wyznaczanych praktykantowi zadań |  |  |  |  |  |  |  |
| Dostęp do oprogramowania niezbędnego do wykonywania zleconych praktykantowi zadań |  |  |  |  |  |  |  |
| Dostęp do sprzętu (badawczego, pomiarowego, innego) niezbędnego do wykonywania zleconych praktykantowi zadań |  |  |  |  |  |  |  |
| **Efekty praktyk zawodowych** | | | | | | | |
| Uzyskana wiedza zbieżna z profilem działalności danego podmiotu/instytucji |  |  |  |  |  |  |  |
| Uzyskana wiedza zbieżna ze studiowaną dziedziną/kierunkiem studiów |  |  |  |  |  |  |  |
| Uzyskane umiejętności zbieżne z profilem działalności danego podmiotu/instytucji |  |  |  |  |  |  |  |
| Uzyskane umiejętności zbieżne ze studiowaną dziedziną/kierunkiem studiów |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogólna ocena przebiegu praktyk zawodowych** |  |  |  |  |  |  |  |

**Inne uwagi:** (Proszę podzielić się swoimi przemyśleniami dotyczącymi miejsca praktyk zawodowych. Ewentualne krytyczne spostrzeżenia pozwolą na weryfikowanie miejsc praktyk zawodowych studentów kierunku Ochrona środowiska)

Podpis studenta/studentki:...............................