……………………………………………..

Pieczęć zakładu pracy

……………………………………………..

Termin odbywania zajęć (od…- do...)

……………………………………………..

Wymiar godzin

……………………………………………..

Imię i nazwisko Studenta

……………………………………………..

Kierunek studiów/stopień

……………………………………………..

Tryb studiów/rok

**Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**

**Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu**

**Kwestionariusz oceny praktyki**

**Cz. I**

Elementy zawarte w tabeli określają cechy, wiedzę, umiejętności i kompetencje Studenta.
Część I wypełnia bezpośredni Przełożony/Opiekun w miejscu odbywania praktyki.

|  |  |
| --- | --- |
| **Cecha** | **Punkty** |
| Punktualność  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kultura osobista, życzliwość, takt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Zaangażowanie, kreatywność | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Wiedza, umiejętności, kompetencje** |  |
| Student zna charakterystykę, strukturę organizacyjną i zakres zadań podmiotu, w którym prowadzona jest praktyka. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Student zna i stosuje się do przepisów prawa pracy, wytycznych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wewnętrznych regulaminów podmiotu, w którym odbywa się praktyka. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Student posiada wiedzę teoretyczną z zakresu zadań realizowanych w podmiocie, w którym prowadzona jest praktyka. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Student potrafi wykorzystać posiadaną wiedzę w praktyce. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Student wykazuje inicjatywę, planuje i realizuje zaplanowane zadania w podmiocie, w którym prowadzona jest praktyka.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Student potrafi zarządzać czasem pracy i odpowiednio wykonuje zlecone mu zadania. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Student potrafi współpracować w zespole i stosownie do potrzeb komunikować się ze współpracownikami i przedstawicielami otoczenia podmiotu, w którym prowadzona jest praktyka.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Student zna poziom własnych kompetencji oraz swoje ograniczenia w wykonywaniu zadań zawodowych. Rozpoznaje problemy, które są poza zakresem jego kompetencji, wie do kogo zwrócić się o pomoc i gdzie poszukiwać potrzebnych informacji. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

………………………………………………………

Miejscowość, data

………………………………………………………

Podpis i pieczątka Przełożonego/Opiekuna
w miejscu odbywania praktyki

**Cz. II**

Część II kwestionariusza wypełnia Opiekun praktyk ze strony Wydziału SUM

|  |  |
| --- | --- |
| **Otrzymana suma punktów** | **Zaliczenie**  |
|  |  |

**SKALA PUNKTOWA:**

|  |
| --- |
| **ZALICZENIE** |
| < 33 pkt | niezaliczenie praktyki |
| ≥ 33 pkt | zaliczenie praktyki |

………………………………………………………

Miejscowość, data

………………………………………………………

Podpis i pieczątka Opiekuna praktyk
ze strony Wydziału SUM