*Załącznik nr 1 – Dzienniczek praktyk zawodowych*

**DZIENNICZEK PRAKTYK ZAWODOWYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Numer albumu** |  |
| **Kierunek studiów** |  |
| **Miejsce praktyk** |  |
| **Termin odbycia praktyk** |  |
| **Opinia Opiekuna praktyk z ramienia Organizacji** |  |

**Realizacja praktyk zawodowych wraz z weryfikacją efektów uczenia się**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data/****ilość godzin** | **Wykonywane czynności** | **Osiągnięte efekty** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

…………………………………….. ……………………………………

 (podpis Opiekuna praktyk z ramienia Organizacji) (podpis Opiekuna praktyk z ramienia Uczelni)

**POTWIERDZENIE OSIĄGNIĘCIA ZAKŁADANYCH EFEKTÓW UCZENIA SIĘ
DLA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

Potwierdzam, iż student/studentka …………………………….………………, rok studiów: …………,

 *(nazwisko i imię, nr albumu)*

kierunek: ………………………………...…………,profil: ……..……………………………………………,

odbywał/odbywała praktyki zawodowe w okresie ..……..………..….……… w ……….………..…… .…………………………………………………………………...… i podczas praktyk osiągnął/osiągnęła zakładane efekty uczenia się określone w sylabusie zajęć.

Tab. 1 *Wypełnia Opiekun praktyk z ramienia organizacji*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ocena pracy studenta (skala od 1 do 5)** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Wykorzystanie posiadanej wiedzy w praktyce oraz przygotowanie merytoryczne do praktyki |  |  |  |  |  |
| Systematyczność |  |  |  |  |  |
| Organizacja pracy |  |  |  |  |  |
| Samodzielność |  |  |  |  |  |
| Terminowość wykonywania zadań |  |  |  |  |  |
| Zaangażowanie / gotowość do realizacji powierzonych zadań |  |  |  |  |  |
| Kreatywność |  |  |  |  |  |
| Umiejętność pracy w zespole |  |  |  |  |  |
| Skłonność do poszukiwania kompromisów w zakresie zakładanych celów |  |  |  |  |  |
| Inne ………………………………………………………………………….. |  |  |  |  |  |

Tab. 2 *Wypełnia Opiekun praktyk z ramienia Uczelni na podstawie przedstawionej przez studenta dokumentacji przebiegu praktyk zawodowych, potwierdzonej przez Opiekuna praktyk z ramienia organizacji*

|  |  |
| --- | --- |
| **EFEKTY Z ZAKRESU:** | **Realizacja efektów** |
| **Wiedzy:** | **TAK** | **NIE** |
| Ma wiedzę dotyczącą wybranych zagadnień z zakresu geodezji i kartografii związanych z miejscem odbywania praktyki i zrealizowanych w ramach praktyki zadań |  |  |
| Ma praktyczną wiedzę z zakresu działalności inżynierskiej w zakresie geodezji i kartografii i dziedzin pokrewnych, związanych z działalnością instytucji prowadzącej praktykę |  |  |
| Ma wiedzę w zakresie uwzględniania pozatechnicznych ekonomicznych, prawnych i etycznych uwarunkowań geodezyjnej działalności inżynierskiej |  |  |
| **Umiejętności:** |
| Praktyczna umiejętność prowadzenia prac geodezyjnych w zakresie projektowania, pomiarów i prac kameralnych |  |  |
| Potrafi wykorzystać doświadczenie zawodowe środowiska pracy w celu doskonalenia własnych umiejętności |  |  |
| **Kompetencji społecznych:** |
| Ma świadomość swojej aktualnej wiedzy, rozumie potrzebę i zna możliwości podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych |  |  |
| Rozumie zasady pracy i odpowiedzialności zespołowej, współpracuje z otoczeniem zawodowym |  |  |

…………………………………….. ……………………………………

 (podpis Opiekuna praktyk z ramienia Organizacji) (podpis Opiekuna praktyk z ramienia Uczelni)

*Załącznik nr 5 –* *Kwestionariusz dotyczący oceny praktyk zawodowych*

**KWESTIONARIUSZ OCENY PRAKTYK ZAWODOWYCH**

|  |
| --- |
| IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA: |
| KIERUNEK STUDIÓW: |
| STOPIEŃ STUDIÓW:  | TRYB STUDIÓW: □ stacjonarne □ niestacjonarne |
| TERMIN REALIZACJI PRAKTYKI: |
| MIEJSCE OCBYWANIA PRAKTYKI: |

**DRODZY STUDENCI,** **OCEŃCIE SWOJE PRAKTYKI ZAWODOWE!**

W trosce o zapewnienie wysokiej jakości kształcenia, pragniemy zaprosić Was do współpracy przy badaniu ewaluacyjnym i poznać Wasze opinie dotyczące odbytych praktyk zawodowych. Prosimy o rzetelne wypełnienie kwestionariusza.

I. Oceń poszczególne elementy praktyki zawodowej, w skali 1-5, gdzie **1 jest oceną najgorszą** a **5 – najlepszą.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pytania** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1.** | Czy miejsce odbywania praktyk spełniło Pani/Pana oczekiwania? | □ | □ | □ | □ | □ |
| **2.** | Czy miejsce odbywania praktyk pozwoliło Pani/Panu podnieść kompetencje zawodowe? | □ | □ | □ | □ | □ |
| **4.** | Czy w trakcie praktyki powierzone Pani/Panu zadania były zgodne z zadaniami wynikającymi z programu/regulaminu praktyki? | □ | □ | □ | □ | □ |
| **5.** | W jakim stopniu praktyka umożliwiła Pani/Panu osiągnięcie zakładanych efektów uczenia się (wiedza, umiejętności, kompetencje społeczne) w programie studiów? | □ | □ | □ | □ | □ |
| **6.** | Czy dzięki praktykom zdobył/a Pan/i nowe umiejętności przydatne w późniejszej pracy zawodowej?  | □ | □ | □ | □ | □ |
| **7.** | Jak ocenia Pani/Pan współpracę z opiekunem praktyki z ramienia wybranej instytucji? | □ | □ | □ | □ | □ |
| **8.** | Jak ocenia Pani/Pan zdolność prowadzącego do nawiązywania kontaktu ze studentem? | □ | □ | □ | □ | □ |
| **9.** | Czy atmosfera pracy sprzyjała wykonywaniu przez Panią/Pana obowiązków? | □ | □ | □ | □ | □ |

Jeśli ma Pani/Pan jakieś uwagi i spostrzeżenia dotyczące praktyk zawodowych, którymi chcesz się z nami podzielić, wpisz je poniżej.

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