

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ

1. DANE PODSTAWOWE *(wypełnia Student)*

IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA	
WYDZIAŁ	Wydział Nauk Technicznych
KIERUNEK	Informatyka
ROK / SEMESTR	
TERMIN ODBYWANIA PRAKTYKI	
NAZWA ZAKŁADU PRACY	
KOMÓRKA / KOMÓRKI ORGANIZACYJNE, W KTÓRYCH ODBYWAŁA SIĘ PRAKTYKA	
IMIĘ I NAZWISKO ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYKI	

.....
data

.....
czytelny podpis studenta

2. OCENA STOPNIA OSIĄGNIĘCIA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA *(wypełnia Zakładowy Opiekun Praktyki)*

1.	Czy student nabył wiedzę odnośnie podstawowych dokumentów zakładu pracy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2.	Czy student poznał istniejące w zakładzie technologie oraz systemy informatyczne?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.	Czy student zapoznał się ze sprzętem komputerowym oraz pozostałymi maszynami i urządzeniami, działającymi w ramach systemów informatycznych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

4.	Czy student nabył umiejętności obsługi systemu informatycznego oraz maszyn i urządzeń, wpiętych do danego systemu?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5.	Czy student posiadał wiedzę odnośnie organizowania pracy w komórkach produkcyjnych i rozumie potrzebę ciągłego podnoszenia kwalifikacji w tym zakresie, w celu wykorzystania w trakcie planowania kariery zawodowej?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6.	Czy student potrafi myśleć i działać w sposób przedsiębiorczy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Ocena stopnia osiągnięcia efektów kształcenia praktyki zawodowej		Bardzo dobra	<input type="checkbox"/>
		Dobra	<input type="checkbox"/>
		Dostateczna	<input type="checkbox"/>
		Niedostateczna	<input type="checkbox"/>

.....
data

.....
podpis Zakładowego Opiekuna Praktyki

3. OCENA STOPNIA OSIĄGNIĘCIA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA (wypełnia
Koordynator Kierunku)

1.	Główne zadania realizowane przez studenta podczas praktyki na podstawie wywiadu ze studentem	
2.	Ocena stopnia osiągnięcia efektów kształcenia praktyki zawodowej	Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Dostateczna <input type="checkbox"/> Niedostateczna <input type="checkbox"/>
3.	Uwagi do przebiegu praktyki	

.....
data

.....
podpis Koordynatora Kierunku

Zaliczam / Nie zaliczam praktykę/i zawodową/ej*:

.....
data

.....
podpis Dziekana

* niepotrzebne skreślić