**UNIWERSYTET WARMIŃSKO-MAZURSKI W OLSZTYNIE**

**WYDZIAŁ TEOLOGII**

**KARTA OCENY PRAKTYKI**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko studenta  |  |
| Nr indeksu |  |
| Kierunek studiów |  |
| Zakres studiów |  |
| Rok studiów/tryb studiów/stopień studiów |  |
| Nazwa praktyki |  |
| Miejsce odbywania praktyki (nazwa placówki/ instytucji/przyjmującej/adres) |  |
| Termin odbywania praktyki/liczba godzin/ liczba punktów ECTS |  |
| Imię i nazwisko zakładowego opiekuna praktyki ze strony placówki/instytucji przyjmującej |  |

**I. WYPEŁNIA ZAKŁADOWY OPIEKUN PRAKTYKI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kierunkowe efekty uczenia się, do których odnoszą się efekty przedmiotowe****(z programu studiów****i zgodnie z sylabusem)\*** | **Przedmiotowe efekty uczenia się dla praktyki****(z programu studiów****i zgodnie z sylabusem)\*\*** | **Wykonywane czynności potwierdzające osiągnięcie danego efektu przez studenta** | **Uznanie efektu przez zakładowego opiekuna praktyk\*\*\* / Uwagi i podpis opiekuna praktyki** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** |
| **WIEDZA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **UMIEJĘTNOŚCI** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **KOMPETENCJE SPOŁECZNE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Średnia ocen (należy wpisać średnią arytmetyczną wstawionych wyżej ocen)** |  |

\*/\*\*wypełnia wydziałowy opiekun praktyk

\*\*\* ocena stopnia osiągnięcia efektu uczenia się w skali 2-5

2.0 – brak osiągnięcia

3.0-5.0 – osiągnięcie

Opinia zakładowego opiekuna praktyki:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Ocena praktyki studenta:**

(należy wystawić ocenę według poniższej zasady)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Średnia ocen** | **Ocena** |
| 1. | 4,63 – 5,00  | 5,0 (bardzo dobry) |
| 2. | 4,22 – 4,62  | 4,5 (dobry plus) |
| 3. | 3,81 – 4,21  | 4,0 (dobry) |
| 4. | 3,40 - 3,80  | 3,5 dostateczny plus |
| 5. | 3,00 - 3,39  | 3,0 (dostateczny) |
| 6. | poniżej 3,00 | 2,0 (niedostateczny) |

Zaliczam praktykę na ocenę…………………… /nie zaliczam praktyki *(uzupełnić/zakreślić właściwe)*

………………………………………… ………………………………………………

 Pieczęć placówki/instytucji przyjmującej Data i podpis zakładowego opiekuna praktyki

**II. WYPEŁNIA WYDZIAŁOWY OPIEKUN PRAKTYKI**

1. Przedstawiona dokumentacja przygotowana przez studenta i potwierdzona przez zakładowego opiekuna pozwala na stwierdzenie, że (właściwe podkreślić):
2. efekty uczenia się w trakcie praktyki zostały osiągnięte w pełni
3. efekty uczenia się w trakcie praktyki zostały osiągnięte częściowo/nie zostały osiągnięte

Uwagi dotyczące uzyskanych/nieuzyskanych przez studenta efektów uczenia się:

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

1. Dodatkowe uwagi dotyczące realizacji praktyki:

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

1. Zaliczam praktykę na ocenę………………/nie zaliczam praktyki *(uzupełnić/zakreślić właściwe)*

………………………………………………….

Data i podpis wydziałowego opiekuna praktyki