|  |  |
| --- | --- |
| **Ankieta ewaluacyjna praktyk specjalizacyjnych** |  |
| *dane zaczytywane automatycznie z WU* | Imię i nazwisko studentki/studenta |   |  |  |  |  |
| Numer albumu |   |  |  |  |  |
| Kierunek studiów  | **Zdrowie Publiczne** |  |  |  |  |
| Rok studiów/semestr | **III (6 semestr)** |  |  |  |  |
| *wypełnienie obowiązkowe* | Miejsce odbywania praktyki (nazwa) |   |  |  |  |  |
| Adres placówki |   |  |  |  |  |
| *opcjonalnie* | NIP |   |  |  |  |  |
|  | Imię i nazwisko opiekuna praktyki |   |  |  |  |  |
|  | **Pytania ewaluacyjne** |  |  |  |  |
| *wypełnienie obowiązkowe* | **1. Czy na początku praktyki zapoznano Panią/Pana z regulaminem w danej placówce, topografią i podstawowymi zasadami funkcjonowania jednostki?** | TAK | NIE |  |  |  |  |
| **2. Czy opiekun praktyk/personel placówki wykazał się życzliwością dla studentów, kompetencją i zaangażowaniem?** | TAK | NIE |  |  |  |  |
| **3. Czy opiekun praktyk/personel placówki potrafił prawidłowo zorganizować przebieg praktyk/wyznaczał zadania i nadzorował ich realizację?** | TAK | NIE |  |  |  |  |
| **4. Czy w trakcie praktyk zwracano uwagę na przestrzeganie zasad etyki, tajemnicy zawodowej, RODO?** | TAK | NIE |  |  |  |  |
| **5. Czy praktyki pozwoliły na powiązanie wiedzy akademickiej z praktyką/rozwój umiejętności praktycznych?** | TAK | NIE |  |  |  |  |
| **6. W jakim stopniu miejsce odbywania praktyki jest godne polecenia** |  |  |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |  |  |
| zdecydowanie nie | raczej nie | trudno powiedzieć | raczej tak | zdecydowanie tak |  |  |  |  |
| *opcjonalnie* | **Uwagi dotyczące placówki/opiekuna praktyk** |   |  |  |  |  |