**WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY**

**UNIWERSYTET MEDYCZNY WE WROCŁAWIU**

 ANKIETA OCENY STUDENTA REALIZUJĄCEGO PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ – KIERUNEK ANALITYKA MEDYCZNA

1. DANE OGÓLNE

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa praktyki\* |   |
| Nazwa jednostki (pieczątka podmiotu), w której realizowana jest praktyka ( szpital / laboratorium) |    |
| Nazwa jednostki kierującej na praktykę | WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU   |
| Rok studiów / semestr |   |

* Wakacyjna praktyka zawodowa po IV, VI, VIII i IX semestrze studiów
1. ANKIETA OCENY STUDENTA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PYTANIA DO ANKIETY** | **OCENA 0-5** |
| **1.** | Czy podczas realizacji praktyki student nabył nowe umiejętności zawodowe związane z kierunkiem studiów? |  |
| **2.** | Czy student potrafił zastosować wiedzę teoretyczną uzyskaną podczas zajęć dydaktycznych? |  |
| **3.** | Czy student był sumienny i obowiązkowy realizując zadania wyznaczone przez opiekuna praktyk? |  |
| **4.** | Czy student realizujący praktyki wykazał się aktywnością i zaangażowaniem? |  |
| **5.** | Czy podczas praktyk zawodowych zdobył umiejętności, które będzie mógł wykorzystać w przyszłej pracy zawodowej? |  |
| **6.** | Czy jego kultura osobista nie budzi zastrzeżeń? |  |
| **7.** | Czy na praktykach zawodowych student zwracał uwagę na przestrzeganie zasad etyki i tajemnicy zawodowej? | ,  |
| **8.** | Czy student posiadał umiejętności pracy w zespole? |  |
| **9.** | Czy umiejętności zawodowe zdobyte podczas realizacji praktyki zawodowej pomogą studentowi w znalezieniu pracy? |  |
| **10.** | Czy opiekun praktyki z ramienia Jednostki Kształcącej wykonywał prawidłowo swoje obowiązki związane z organizacją praktyki? |  |
|  | Suma punktów |  |

**Dodatkowe uwagi dotyczące przebiegu i charakteru praktyki**……………………………………………………………………………

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

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

Pieczęć i podpis opiekuna z ramienia Jednostki
realizującej praktykę zawodową