**SPRAWOZDANIE OPIEKUNA Z PRAKTYK STUDENCKICH**

**DLA BIURA ds. KSZTAŁCENIA**

1. **INFORMACJE OGÓLNE**

|  |  |
| --- | --- |
| Jednostka |  |
| Kierunek |  |
| Rok studiów |  |
| Specjalność / Specjalizacja |  |
| Poziom studiów |  |
| Forma studiów |  |
| Wymiar godzin / tygodni praktyki |  |
| Termin realizacji |  |
| Opiekun akademicki |  |

**2. INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba studentów |  |
| Wizytacje/ Obserwacje (dane i wnioski) |  |
| Analiza ocen w odniesieniu  do efektów kształcenia |  |
| Propozycje dla Akademii  Pomorskiej w zakresie  przygotowania studentów |  |

……………………………………………………………………………….

Data i podpis opiekuna praktyki

ZATWIERDZAM

………………………………………………………………………………..

Data i podpis Uczelnianego Koordynatora praktyk