**RAPORT PROWADZĄCEGO ZAJĘCIA/KOORDYNATORA MODUŁU /OPIEKUNA
PRAKTYK\* Z REALIZACJI EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa modułu** |  |
| **Jednostka prowadząca przedmiot** |  |
| **Kod modułu** |  |
| **Rodzaj modułu (obowiązkowy lub fakultatywny)** |  |
| **Kierunek studiów, specjalność** |  |
| **Poziom studiów (I, II stopień, jednolite studia magisterskie)** |  |
| **Rok studiów** |  |
| **Semestr** |  |
| **Forma zajęć i liczba godzin** |  |
| **Imię, nazwisko, tytuł/stopień naukowy osoby prowadzącej zajęcia/koordynatora modułu/modułów** |  |
| **Realizacja efektów uczenia się**Proszę ocenić, w jakim stopniu udało się Państwu zrealizować zdefiniowane dla modułu efekty uczenia się (1 – stopień niski, 2- stopień średni, 3 – stopień wysoki). |
| **Symbol efektu uczenia się** | **Efekt uczenia się** | **Stopień realizacji** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Propozycje zmian wraz z uzasadnieniem** |
| **Symbol efektu uczenia się** | **Propozycje zmian wraz z uzasadnieniem w odniesieniu do efektów uczenia się zdefiniowanych dla realizowanego modułu/modułów** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Symbol efektu uczenia się** | **Propozycje zmian wraz z uzasadnieniem w odniesieniu do form weryfikacji efektów uczenia się zdefiniowanych dla realizowanego modułu/modułów** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Propozycje nowych efektów uczenia się** |
| **Symbol efektu uczenia się** | **Efekt uczenia się** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\*niepotrzebne skreślić

|  |
| --- |
| **Prawidłowość stosowania systemu punktów ECTS**Proszę ocenić, czy przewidziana w sylabusie modułu ilość punktów ECTS odpowiada rzeczywistemu nakładowi pracy własnej studenta, umożliwiającej zrealizowanie zakładanych efektów uczenia się. |
| **Ilość punktów ECTS** |
| **Stan obecny** | **Proponowana zmiana** | **Uzasadnienie** |
|  |  |  |

**DODATKOWE UWAGI:**

data podpis prowadzącego zajęcia / koordynatora modułu / opiekuna praktyk