*………………………………………………………………*

**(pieczątka zakładu pracy)**

**Arkusz oceny osiągniętych efektów uczenia się określonych dla praktyki w programie studiów, tj. w Karcie przedmiotu –I semestr**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Efekty uczenia się dla praktyki z programu studiów dla semestru I** | **Wykonywane czynności potwierdzające osiągnięcie danego efektu przez studenta**  | **Uznanie efektu przez opiekuna praktyk w zakładzie pracy\*/Uwagi i podpis opiekuna praktyk** |
|  | Ma uporządkowaną i pogłębioną wiedzę na temat subdyscyplin i specjalizacji pedagogiki, obejmującą terminologię, teorię i metodykę |  |  |
|  | Ma pogłębioną wiedzę na temat rozwoju człowieka w cyklu życia zarówno w aspekcie biologicznym, jak i psychologicznym oraz społecznym  |  |  |
|  | Posiada pogłębione umiejętności obserwowania, wyszukiwania i przetwarzania informacji na temat zjawisk społecznych rozmaitej natury, przy użyciu różnych źródeł oraz interpretowania ich z punktu widzenia problemów edukacyjnych . |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| Potrafi wykorzystywać i integrować wiedzę teoretyczną z zakresu pedagogiki oraz powiązanych z nią dyscyplin w celu analizy złożonych problemów edukacyjnych, wychowawczych, opiekuńczych, kulturalnych, pomocowych i terapeutycznych, a także diagnozowania i projektowania działań praktycznych |

 |  |  |
|  | Jest przekonany o konieczności i doniosłości zachowania się w sposób profesjonalny i przestrzegania zasad etyki zawodowej; dostrzega i formułuje problemy moralne i dylematy etyczne związane z własną i cudzą pracą; poszukuje optymalnych rozwiązań i możliwości korygowania nieprawidłowych działań pedagogicznych |  |  |

*\* Ocena stopnia realizacji efektu w skali 0-5*

*0-2 – brak zaliczenia*

*3-5 – zaliczenie*

…………………………………………………………………….

(data i podpis opiekuna praktyk z ramienia organizatora )

**Zatwierdzenie praktyki przez opiekuna praktyk z ramienia Uczelni**

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

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

Tarnów, dnia podpis Opiekuna praktyk

z ramienia MWSE w Tarnowie