ZAŁĄCZNIK NR 3

**RAPORT PROWADZĄCEGO ZAJĘCIA Z REALIZACJI EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA PRZEDMIOTU/MODUŁU**  |  |
| **Jednostka prowadząca przedmiot**  |  |
| **Kod przedmiotu/modułu** |  |
| **Rodzaj przedmiotu/modułu (obowiązkowy lub fakultatywny)** |  |
| **Kierunek studiów, specjalność** |  |
| **Poziom studiów(I, II stopień /studia podyplomowe)** |  |
| **Rok studiów**  |  |
| **Semestr** |  |
| **Forma zajęć i liczba godzin** |  |
| **Imię, nazwisko, tytuł/stopień naukowy osoby prowadzącej zajęcia/koordynatora przedmiotu/modułu** |  |
| **REALIZACJA EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**Proszę ocenić, w jakim stopniu udało się Państwu zrealizować zdefiniowane dla przedmiotu/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 przedmiotu/modułu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Symbol efektu uczenia się | Propozycje zmian wraz z uzasadnieniem w odniesieniu do form weryfikacji efektów uczenia się zdefiniowanych dla realizowanego przedmiotu/modułu |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **PROPOZYCJE NOWYCH EFEKTÓW UCZENIA SIĘ** |
| Symbol efektu uczenia się | Efekt uczenia się |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **PRAWIDŁOWOŚĆ STOSOWANIA SYSTEMU PUNKTÓW ECTS**Proszę ocenić, czy przewidziana w sylabusie przedmiotu/modułu liczba punktów ECTS odpowiada rzeczywistemu nakładowi pracy własnej studenta, umożliwiającej zrealizowanie zakładanych efektów uczenia się |
| **Ilość punktów ECTS**  |
| Stan obecny | Proponowana zmiana | Uzasadnienie |
|  |  |  |

**DOBRE PRAKTYKI ZAOBSERWOWANE W TRAKCIE PROWADZENIA ZAJĘĆ**

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

**PROBLEMY ZAOBSERWOWANE W TRAKCIE PROWADZENIA ZAJĘĆ**

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

**DODATKOWE UWAGI**

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

……………………………………………… ……………………………………………

 data podpis prowadzącego zajęcia/

 koordynatora przedmiotu/modułu/

 opiekuna praktyk