**WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY**

**UNIWERSYTET MEDYCZNY WE WROCŁAWIU**

**ANKIETA OCENY PRAKTYKANTA REAIZUJĄCEGO PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ** **– KIERUNEK FARMACJA**

1. **DANE OGÓLNE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa praktyki\* |  |
| Nazwa jednostki (pieczątka podmiotu), w której realizowana jest praktyka (apteka ogólnodostępna, apteka szpitalna/zakład produkcji przemysłu farmaceutycznego) |  |
| Nazwa jednostki kierującej na praktykę | WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU |
| Rok studiów |  |

**\***sześciomiesięczna praktyka zawodowa/praktyka wakacyjna po III roku lub IV roku studiów

1. ANKIETA OCENY PRAKTYKANTA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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