Miejscowość, data……………………………………

**KARTA KOMPETENCJI PRAKTYKANTA-STUDENTA**

**kierunku praca socjalna w Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego**

Imię i nazwisko studenta..................................................................................................................

Termin praktyk …….....…………………………….……… Liczba godzin ……………………........

Nazwa i adres instytucji. w której student odbywał praktykę..........................................................

..........................................................................................................................................................

Zakres obowiązków w trakcie wykonywania praktyki (wypełnia student):

1. …………………………………………………………………………………………………

2. …………………………………………………………………………………………………

3. …………………………………………………………………………………………………

4. …………………………………………………………………………………………………

5. …………………………………………………………………………………………………

………..……………………… ........................................... Miejscowość i data Podpis studenta

**Ocena efektów kształcenia praktykanta UKSW (wypełnia opiekun w Instytucji)**

Imię i nazwisko studenta..................................................................................................................

5 - bardzo wysoki poziom przygotowania, 4 - wysoki poziom przygotowania, 3 - odpowiada oczekiwaniom instytucji,

2 - poważne zastrzeżenia

Uwagi:........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Opinia o praktykancie:.................................................................................................................................... ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Ocena praktykanta:..................................................................................................................................

 (słownie: bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny)

|  |  |
| --- | --- |
| **Efekty podlegające ocenie** | **Ocena osiągnięcia przez studenta założonych efektów kształcenia**  |
| **2** | **3** | **4** | **5** |
| Potrafi ocenić przydatność typowych metod, procedur i dobrych praktyk do realizacji zadań związanych z różnymi sferami działalności socjalnej |  |  |  |  |
| Potrafi generować rozwiązania konkretnych problemów społecznych i prognozować przebieg ich rozwiązywania oraz przewidywać skutki planowanych działań |  |  |  |  |
| Potrafi wykorzystywać we współpracy z innymi i rozwijać własne umiejętności interpersonalne |  |  |  |  |
| Kooperuje oraz efektywnie współpracuje z innymi specjalistami, celem skutecznego udzielania pomocy |  |  |  |  |
| Ma przekonanie o wadze zachowania się w sposób profesjonalny  |  |  |  |  |
| Dostrzega istotę i znaczenie współdziałania i współpracy oraz przyjmowania wielorakich ról |  |  |  |  |
| Potrafi dobrać metody i procedury do zadań związanych z różnymi sferami działalności społecznej |  |  |  |  |
| Potrafi przedstawić propozycje rozwiązania konkretnych problemów społecznych |  |  |  |  |
| Potrafi wykorzystywać umiejętności interpersonalne do współpracy z innymi, korzysta z tych umiejętności w pracy z klientem pracy socjalnej |  |  |  |  |
| Wykazuje się umiejętnością współpracy z innymi specjalistami |  |  |  |  |
| Zna i rozumie procedury obowiązujące w danym podmiocie  |  |  |  |  |
| Zna wybrane metody i narzędzia stosowane w danym podmiocie |  |  |  |  |
| Rozumie znaczenie współdziałania i współpracy dla dobra jednostek potrzebujących wsparcia |  |  |  |  |
| Potrafi samodzielnie oraz we współpracy wykonywać powierzone zadania |  |  |  |  |

…………………………. ………………………………….

Miejscowość i data Podpis opiekuna praktyki i pieczątka instytucji

**ZALICZENIE PRAKTYKI PRZEZ PEŁNOMOCNIKA DZIEKANA ds. PRAKTYK:**

Zaliczam/ nie zaliczam praktykę kierunkową w wymiarze …………………………..godzin.

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

Data Podpis pełnomocnika