**Ankieta: Kryteria formalne i jakościowe doboru zakładu pracy dla potrzeb kształcenia praktycznego studentów historii uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach (ciągłe zawodowe dydaktyczne i niedydaktyczne)**

Nazwa zakładu pracy:………………………………………………………………………………………………..

Pieczątka zakładu pracy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria oceny zakładu pracy** | **Odpowiedzi (zaznaczyć x)** | **Uwagi**  |
| Czy zakład pracy był wybierany wcześniej na miejsce odbywania praktyk studenckich? | WielokrotnieJednokrotnieNie odbywała się tu praktyka studencka |  |
| Czy charakter i specyfika zakładu pracy umożliwia realizację zagadnień zawartych w programie praktyk studenckich (karcie przedmiotu)? | TakNie |  |
| Czy opiekun praktyk legitymuje się wykształceniem wyższym, zgodnym z kierunkiem kształcenia studenta oraz posiada co najmniej 3-letni staż pracy w zawodzie | TakNie |  |
| Czy opiekun praktyk posiada doświadczenie w zakresie prowadzenia praktyk zawodowych?  | TakNie |  |
| Czy osoba prowadząca praktyki studenckie posiada dodatkowe kursy lub inne formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych? | TakNie |  |
| Czy w zakładzie pracy są odpowiednie pomieszczenia urządzenia i materiały niezbędne do realizacji praktyk zgodnie z ich programem (kartą przedmiotu)? | TakNie |  |
| Czy w zakładzie pracy obowiązują uregulowania wewnętrzne zapewniające bezpieczeństwo i higienę pracy? | TakNie |  |
| Czy w zakładzie pracy są odpowiednie pomieszczenia socjalne lub wydzielone miejsca do spożycia posiłków przez studentów? | TakNie |  |
| 1. Czy w zakładzie pracy jest stały dostęp do Internetu (w przypadku praktyk dydaktycznych?
 | TakNie |  |
| 1. Czy w placówce jest zatrudniony pedagog i psycholog szkolny (w przypadku praktyk dydaktycznych).
 | TakNie |  |
| **Opiekun praktyk** |  |  |
| Imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez podmiot do opieki nad realizacją praktyki zawodowej |  |
| Kwalifikacje zawodowe osoby wyznaczonej przez podmiot do opieki nad realizacją praktyki zawodowej |  |

* **Praktyka studencka powinna być realizowana zgodnie ze zindywidualizowanym programem praktyk i kartą przedmiotu, a wybrana Placówka winna umożliwiać realizację czynności studenta zawartych w indywidualnym programie praktyk i instrukcji praktyki**

…………………………….. ……………………………..

Podpis Dyrektora Placówki Podpis Opiekuna Praktyki