

**POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI
EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

*Praktyka zawodowa
(szpital dla dorosłych)*

na kierunku dietetyka

Imię i nazwisko studenta.....

Miejsce realizacji praktyki.....

.....
(pełna nazwa zakładu pracy)

Nr	Efekty uczenia się*
K_W06	Student zna strukturę organizacyjną i rozumie specyfikę środowiska zawodowego, w którym odbywa praktykę
K_W30	Student posiada wiedzę na temat zasad BHP oraz obowiązujących wewnętrznych aktów prawnych w miejscu odbywania praktyki
K_U01	Student potrafi prowadzić edukację żywieniową oraz przygotować materiały edukacyjne dla pacjenta
K_U02	Student potrafi udzielić porady dietetycznej w ramach zespołu terapeutycznego
K_U09	Student potrafi przeprowadzić wywiad żywieniowy oraz ocenić stan odżywienia pacjenta
K_U05	Student potrafi zaplanować postępowanie dietetyczne w oparciu o normy i zalecenia żywieniowe
K_U03	Student potrafi współpracować z zespołem pracowniczym podmiotu, w którym odbywa praktykę
K_U30	Student potrafi zaplanować pracę własną w podmiocie, w którym realizuje praktykę oraz doprowadzić do osiągnięcia zamierzonych celów, nawet w warunkach nie w pełni przewidywalnych
K_K01	Student ma świadomość własnych ograniczeń i korzysta ze wsparcia specjalistów

K_K04	Student przestrzega praw pacjenta oraz tajemnicy obowiązującej pracowników ochrony zdrowia
K_K07	Student przestrzega etyki zawodowej, w sposób odpowiedzialny i zgodnie z aktualnym stanem wiedzy wykonuje powierzone obowiązki

* Należy wpisać efekty uczenia się dla danej praktyki obowiązujące dla danego naboru

Niniejszym zaświadczam, że w zakładzie pracy istnieje możliwość zrealizowania ww. efektów uczenia się.

.....
Data i podpis zakładowego opiekuna
praktyk/Kierownika zakładu

.....
nr telefonu lub adres e-mail zakładowego
opiekuna praktyk/Kierownika zakładu

Akceptuję

.....
Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk