

**POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI
EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

*Praktyka zawodowa
(szpital dziecięcy, żłobek, przedszkole)*

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 zna zasady BHP, akty prawa wewnętrznego oraz procedury dotyczące koordynowania i nadzoru żywienia w miejscu realizowania praktyki
K_W07	Student zna zasady żywienia dzieci zdrowych i chorych
K_U17	Student potrafi prawidłowo wydać posiłek dla dzieci zdrowych/hospitalizowanych i w razie potrzeby pomóc w karmieniu niemowląt i dzieci
K_U01	Student potrafi formułować ogólne zalecenia dietetyczne dla dzieci zdrowych/chorych
K_U18	Student potrafi zaplanować, wdrożyć i koordynować żywienie dzieci zdrowych/ chorych
K_K08	Student jest gotów w sposób odpowiedzialny wykonywać powierzone zadania, przestrzegając zasad BHP oraz ergonomii

* 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