

**POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI
EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

*Praktyka zawodowa
(poradnia dietetyczna)*

na kierunku dietetyka

Imię i nazwisko studenta.....

Miejsce realizacji praktyki.....

.....
(pełna nazwa zakładu pracy)

Nr	Efekty uczenia się*
K_W30	Student zna zasady BHP oraz wymagania prawne obowiązujące w miejscu odbywania praktyki. Posiada wiedzę na temat struktury organizacyjnej i zasad funkcjonowania oraz charakteru działalności placówki
K_W21	Student zna zasady przeprowadzania indywidualnej konsultacji dietetycznej
K_U09, K_U32	Student potrafi przeprowadzić wywiad żywieniowy i na jego podstawie dokonać oceny sposobu żywienia pacjenta
K_U09	Student potrafi przeprowadzić ocenę stanu odżywienia pacjenta
K_U01, K_U18	Student potrafi prowadzić edukację żywieniową oraz zaplanować postępowanie dietetyczne adekwatne do stanu zdrowia pacjenta
K_K04, K_K05	Student przejawia odpowiedni stosunek do pacjenta oraz przestrzega tajemnicy obowiązującej pracowników ochrony zdrowia
K_K07	Student powierzone zadania wykonuje w sposób odpowiedzialny, przestrzega etyki zawodowej

* 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