*Pieczątka zakładu pracy/ placówki*  *Załącznik do porozumienia*

**RAPORT Z PRZEBIEGU ĆWICZEŃ TERENOWYCH SPECJALIZACYJNYCH**

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

Rok studiów ................................................................................................................................................................................................

Kierunek studiów Geografia

Specjalność ..................................................................................................................................................................................................

Termin rozpoczęcia ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych ..................................................................................

Wymiar ćwiczeń: 30 godzin (5 dni)

Nazwa zakładu pracy/placówki, w którym/której były realizowane ćwiczenia:

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

PRZEBIEG ĆWICZEŃ TERENOWYCH SPECJALIZACYJNYCH (zadania, czynności w poszczególnych dniach) :

EFEKTY UCZENIA SIĘ OSIĄGNIĘTE PODCZAS REALIZACJI ĆWICZEŃ TERENOWYCH SPECJALIZACYJNYCH:

Student rozumie kryteria wyboru metodyki oraz technik badawczych i pomiarowych w terenie, dla uzyskania odpowiednich danych źródłowych, niezbędnych dla zrealizowania postawionego zadania naukowego lub praktycznego, wraz z ich wstępnym opracowaniem i weryfikacją. [W2-GF-S2-017\_1]. Ocena w skali 0-5: ….

Student zna i potrafi zastosować odpowiednie metody i techniki badań terenowych dla pozyskania danych faktograficznych oraz dla weryfikacji terenowej danych przestrzennych, teledetekcyjnych pozyskanych obserwacyjnych z baz danych, statystycznych i innych. [W2-GF-S2-017\_2]. Ocena w skali 0-5: ….

Student potrafi współdziałać i pracować w terenowej grupie badawczej specjalistów, jak również prowadzić samodzielnie terenowe pomiary, obserwacje i dokumentację. [W2-GF-S2-017\_3. Ocena w skali 0-5: ….

Student zna podstawowe zasady bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii [W2-GF-S2-017\_4]. Ocena w skali 0-5:

Student prawidłowo identyfikuje i rozstrzyga dylematy związane z wykonywaniem zawodu [W2-GF-S2-017\_5]. Ocena w skali 0-5:

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

*Miejscowość, data Podpis studenta*

Potwierdzam opisany przebieg ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych

Uwzględniając stopień osiągnięcia efektów kształcenia, a także jakość pracy, stopień zaangażowania, terminowość, zrealizowane ćwiczenia terenowe specjalizacyjne studenta oceniam na:

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

(bardzo dobry — 5,0; dobry plus — 4,5; dobry — 4,0; dostateczny plus — 3,5; dostateczny — 3,0; niedostateczny — 2,0)

Podpis opiekuna ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych w zakładzie pracy/placówce.

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

*(Czytelny podpis)*

Ocena końcowa ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych, uwzględniająca ocenę ćwiczeń terenowych wystawioną przez opiekuna zakładowego oraz jakość przedłożonego raportu.

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

(bardzo dobry — 5,0; dobry plus — 4,5; dobry — 4,0; dostateczny plus — 3,5; dostateczny — 3,0; niedostateczny — 2,0)

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

*(Podpis opiekuna akademickiego praktyki)*