

Biała Podlaska, dn.

POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI EFEKTÓW UCZENIA SIĘ

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

na kierunku dietetyka

Imię i nazwisko studenta/ki.....

Miejsce realizacji praktyki.....

.....
(pełna nazwa zakładu pracy)

Nr	Efekty uczenia się*
K_W07, K_W30	Student zna strukturę organizacyjną i rozumie specyfikę środowiska zawodowego, w którym odbywa praktykę
K_W07, K_W30	Student zna zasady BHP, akty prawa wewnętrznego oraz procedury dotyczące koordynowania i nadzoru żywienia w miejscu realizowania praktyki
K_W07, K_W08	Student zna zasady żywienia dzieci zdrowych i chorych
K_U17, K_K05	Student potrafi prawidłowo wydać posiłek dla dzieci zdrowych/hospitalizowanych i w razie potrzeby pomóc w karmieniu niemowląt i dzieci
K_U01, K_U02, K_K10	Student potrafi formułować ogólne zalecenia dietetyczne dla dzieci zdrowych/chorych
K_U12, K_U17, K_U18, K_K07, K_K08	Student potrafi zaplanować, wdrożyć i koordynować żywienie dzieci zdrowych/ chorych

* 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,
zajmowane stanowisko

.....
Nr telefonu lub adres e-mail
zakładowego opiekuna praktyk

Akceptuję

.....
Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk