AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH IM. STANISŁAWA STASZICA W PILE

KATEDRA TRANSPORTU

**KIERUNEK TRANSPORT**

SPECJALNOŚĆ LOGISTYKA TRANSPORTU

STUDIA STACJONARNE PIERWSZEGO STOPNIA

Praktyka zawodowa II: 320 godzin, rok III, semestr VI

Imię i nazwisko praktykanta: .....................................................................................................................

Numer albumu: …………………………………………………………………………………………..

Miejsce odbywania praktyk: ......................................................................................................................

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

**Karta weryfikacji efektów uczenia się**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedmiotowe efekty**  **uczenia się** | **EFEKTY UCZENIA SIĘ** | OCENA  2 – niedostateczny  3 – dostateczny  3,5 – dostateczny plus  4 – dobry  4,5 – dobry plus  5 – bardzo dobry |
| **1** | Ma wiedzę z zakresu problematyki funkcjonowania zaplecza technicznego poszczególnych gałęzi transportu oraz zna elementy infrastruktury, ich organizacji, usytuowania, wyposażenia i praktycznego wykorzystania. |  |
| **2** | Ma wiedzę z zakresu technologii informatycznych wykorzystywanych  w logistyce transportu. |  |
| **3** | Ma wiedzę z zakresu eksploatacji środków transportu i elementów stałych magazynów. |  |
| **4** | Potrafi pozyskać informacje z literatury, baz danych oraz innych źródeł, integrować je, dokonywać ich interpretacji oraz wyciągać wnioski dotyczące eksploatacji środków transportowych i magazynowania. |  |
| **Ocena ogólna** | |  |
| **Komentarz** | | |

Student/studentka odbył/a …………. godzin praktyki zawodowej zgodnie z uwzględnieniem treści programowych opisanych w sylabusie i zrealizował/a wyżej wymienione efekty uczenia się.

Karta weryfikacji efektów uczenia się jest wydawana w celu przedłożenia w Akademii Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KIERUNKOWY  OPIEKUN PRAKTYKI – ANS w Pile** |  | **OSOBA REPREZENTUJĄCA ORGANIZATORA PRAKTYKI** |
| …….…………………………..…… |  | …….…………………………..…… |
| Data i podpis |  | Data i podpis |
|  |  | PIECZĄTKA ORGANIZATORA PRAKTYKI |