

RAPORT Z REALIZACJI ZAŁOŻONYCH EFEKTÓW UCZENIA SIĘ PO SEMESTRZE ROKU AKADEMICKIEGO

(wypełnia nauczyciel akademicki po każdym semestrze do 14 dni po zakończeniu sesji poprawkowej danego semestru i przekazuje Kierunkowej Komisji ds. Jakości Kształcenia za pośrednictwem Sekretariatu Instytutu/jednostki wspólnej)

Tytuł i/lub stopień naukowy/ tytuł zawodowy, imię i nazwisko prowadzącego przedmiot		
Instytut / jednostka wspólna		
Nazwa i rodzaj zajęć, kierunek studiów, poziom kształcenia, semestr studiów	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
INFORMACJA O OSIĄGNIĘCIU PRZEDMIOTOWYCH / MODUŁOWYCH EFEKTÓW UCZENIA SIĘ		
Czy zdefiniowane dla zajęć efekty uczenia się zostały zrealizowane?	Tak*	Nie*
Jeżeli nie, proszę o wskazanie, w których zajęciach i jakie efekty uczenia się nie zostały zrealizowane i dlaczego?		
Czy zastosowane sposoby weryfikacji efektów uczenia się, w tym z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość, umożliwiły sprawdzenie ich osiągnięcia?	Tak*	Nie*
Jeżeli nie, proszę o wskazanie tych zajęć i wyjaśnienie problemu:		
Czy dokonał Pan/Pani archiwizacji prac studentów potwierdzających realizację efektów uczenia się?	Tak*	Nie*
Jeżeli nie, proszę o wskazanie tych zajęć i wyjaśnienie problemu:		

* wybrać właściwe

.....

Proszę o przedstawienie wniosków z wyników nauczania i stopnia osiągnięcia przez studentów efektów uczenia się, w tym w wyniku kształcenia z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość:

.....

.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE AKTUALIZOWANIA KARTY PRZEDMIOTU / SYLABUSA

Czy wprowadził(a) Pan(i) nowe metody, techniki, środki dydaktyczne, treści kształcenia, pozycje literatury oraz inne innowacje dydaktyczne, których celem była poprawa jakości kształcenia?	Tak*	Nie*		
Jeżeli tak, proszę o wskazanie zajęć i opis wprowadzonych modyfikacji:				
.....				
.....				
Czy analizował(a) Pan(i) czas pracy potrzebny studentom na wykonanie zadań poza zajęciami dydaktycznymi (np. projekty, opracowania pisemne, samokształcenie)?	Tak*	Nie*		
Czy jeżeli tak, to czy oszacowany nakład pracy studenta (w godzinach) jest adekwatny i pozwala na osiągnięcie założonych efektów uczenia się?	Tak*	Nie*		
Jeżeli nie, to proszę o wskazanie zajęć i podanie szacowanego nakładu pracy studenta (w godzinach):				
.....				
Czy widzi Pan(i) potrzebę modyfikacji zakładanych efektów uczenia się dla kierunku?	Tak*	Nie*		
Jeśli tak, proszę o wskazanie zajęć i wypełnienie poniższych rubryk:				
Kierunek i poziom studiów	Nazwa zajęć	Efekt uczenia się:		
		Symbol i numer kierunkowego efektu uczenia się	opis efektu (stan obecny)	opis efektu (proponowana zmiana)
Czy prowadził(a) Pan(i) konsultacje dla studentów z realizowanych zajęć?		Tak*	Nie*	

* wybrać właściwe

OCENA WYKORZYSTYWANEJ BAZY DYDAKTYCZNEJ					
L.p.	Zakres oceniania	Kryterium oceny			Uzasadnienie (obowiązkowe w przypadku kryterium niespełnionego)
		spełnione	niespełnione	ND	
1.	Wielkość i stan sal dydaktycznych				
2.	Dostępność i stan potrzebnego do realizacji zajęć sprzętu i wyposażenia				
3.	Liczebność studentów w grupach ćwiczeniowych: laboratoryjnych, projektowych, klinicznych, warsztatowych, seminaryjnych itp.				
4.	Infrastruktura informatyczna i oprogramowanie do zdalnego nauczania (funkcjonalność, niezawodność, użyteczność, przystępność, łatwość użytkowania itp.)				
PROPOZYCJE POPRAWY JAKOŚCI KSZTAŁCENIA W RAMACH KIERUNKU STUDIÓW:					
.....					
.....					

Nowy Targ, dnia

Podpis