**Instytut Fizyki**

**Raport z weryfikacji osiągniętych przez studentów efektów uczenia się**

|  |
| --- |
| NAZWA KURSU: |
| IMIĘ I NAZWISKO PROWADZĄCEGO: |
| KIERUNEK STUDIÓW: |
| TRYB STUDIÓW: | FORMA ZAJĘĆ: |
| ROK STUDIÓW: | SEMESTR STUDIÓW: |
| ROK AKAD.: | DATA WYPEŁNIENIA RAPORTU: |
| Czy wszystkie efekty uczenia się założone w karcie kursu zostały zrealizowane i poddane weryfikacji? (proszę podkreślić) TAK NIEUzasadnienie (podajemy w przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE): |
| Efekty uczenia się zaznaczone w karcie kursu | Zastosowane sposoby weryfikacji efektów uczenia się |
|  |  |
| Zgromadzona dokumentacja: |
| Propozycje dotyczące poprawy stopnia osiągnięcia efektów uczenia się: |

……………………………………

podpis nauczyciela akademickiego

prowadzącego zajęcia

Przyjmuję sprawozdanie z weryfikacji efektów uczenia się

………………………………….

Data i podpis Dyrektora IF lub Zastępcy