

**POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI  
EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

Praktyka zawodowa  
(wstępna w szpitalu)

na kierunku dietetyka

Imię i nazwisko studenta.....

Miejsce realizacji praktyki.....

.....  
(pełna nazwa zakładu pracy)

<b>Nr</b>	<b>Efekty uczenia się*</b>
K_W06	Student zna strukturę organizacyjną i rozumie specyfikę środowiska zawodowego, w którym odbywa praktykę
K_W07	Student posiada wiedzę na temat procedur/ elementów dokumentacji jednostki w zakresie żywienia pacjentów
K_W30	Student posiada wiedzę na temat zasad bezpieczeństwa żywności i żywienia, zasad BHP oraz przepisów sanitarno-higienicznych, obowiązujących w danej placówce
K_U29	Student uczestniczy w dystrybucji posiłków
K_U17	Student potrafi posługiwać się zaleceniami żywieniowymi obowiązującymi w szpitalu
K_U05	Student potrafi prawidłowo wydać posiłek dla pacjenta hospitalizowanego, z uwzględnieniem zleceń lekarskich dotyczących diety
K_K05	Student przejawia właściwy stosunek do pacjenta w czynnościach związanych z pomocą w jego karmieniu
K_K08	Student potrafi samodzielnie wykonać powierzone obowiązki związane z wydawaniem posiłków dla pacjentów

\* 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/Kierownika zakładu

.....  
nr telefonu lub adres e-mail zakładowego  
opiekuna praktyk/Kierownika zakładu

Akceptuję

.....  
Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk