**DZIENNIK ZAJĘĆ**

**…………………………………………**

**(nazwa szkolenia/warsztatów/zadania praktycznego/wizyty studyjnej)**

w ramach projektu

**„…………………………………………………………………………………”**

**Prowadzący:**

**CEL:**

**PROGRAM:**

**PLANOWANE EFEKTY:**

**FORMA ZAJĘĆ:**

**WERYFIKACJA EFEKTÓW UCZENIA SIĘ:**

(np. egzamin, test, etc)

**LISTA UCZESTNIKÓW zakwalifikowanych na zajęcia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kierunek** |  |
| **Rok studiów** |  |
| **Stopień studiów** |  |

| **Lp.** | **Nazwisko i imię studenta/tki** | **Numer albumu** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ................................................................ *Miejscowość, data* |  | ............................................................ *Podpis Koordynatora modułu podnoszenia kompetencji* |

**HARMONOGRAM ZAJĘĆ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Termin zajęć**  **(data i godziny)** | **Liczba godzin dydaktycznych** | **Tematyka zajęć**  **(treści tematyczne zgodne z programem)** |
| Przykład:  20.05.2017 r.  10:30 – 12:00 | 2h |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

…………………….……………………………

*Podpis prowadzącego*

**LISTA OBECNOŚCI NA ZAJĘCIACH w dniu………………..**

| **Lp.** | **Nazwisko i imię studenta/tki** | **Podpis** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

…………………………………

*Podpis prowadzącego*

**WYNIK WERYFIKACJI KOMPETENCJI**   
**w szkoleniu[[1]](#footnote-1)/warsztacie/wizycie studyjnej/zadaniu praktycznym\***

**zweryfikowane zostało nabycie poszczególnych kompetencji wśród Uczestników   
zajęć pt. ……………………………………………………….:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Imię** | **Nazwisko** | **Ocena wzrostu kompetencji ……………………………………………** (nazwa kompetencji) | **Ocena wzrostu kompetencji ……………………………………………**  (nazwa kompetencji) |
| **Proszę wpisać ocenę wzrostu odpowiednio  dla danej kompetencji w skali:**  Niedostateczny (1); Dopuszczający (2); Dostateczny (3); Dobry (4); Wysoki (5) | |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **(…)** |  |  |  |  |

*.....................................................................................................................................*

*(data zakończenia szkolenia i podpis osoby weryfikującej nabycie kompetencji )*

Weryfikacja kompetencji nastąpiła na podstawie ………………………………………………. załączonych do dziennika zajęć.

*\*niewłaściwe skreślić*

**LISTA ODBIORU ZAŚWIADCZEŃ**

| **Lp.** | **Nazwisko i imię studenta/tki** | **Podpis** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Innymi niż certyfikowane [↑](#footnote-ref-1)