Karta weryfikacji stopnia osiągnięcia efektów uczenia się PRAKTYKA II na kierunku KOSMETOLOGIA

…………………………………………… imię i nazwisko studenta

…………………………………………………..

rok i kierunek studiów

………………………………………………….

rok akademicki

Kierunkowe efekty uczenia się osiągnięte w trakcie praktyki II odbywanej w ramach kierunku studiów KOSMETOLOGIA

|  |  |
| --- | --- |
| Student: | % osiągnięcia efektów uczenia się  |
| zna strukturę organizacyjną, regulamin pracy, procedury postępowania, zakres obowiązków oraz przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy w gabinecie, w którym odbywa praktykę zawodową |   |
| zna substancje czynne, bazowe oraz pomocnicze i ich rolę w recepturze kosmetycznej oraz ich możliwe interakcje  |    |
| Ma wiedzę z zakresu kosmetologii pielęgnacyjnej z uwzględnieniem pielęgnacji poszczególnych partii ciała  |    |
| potrafi przeprowadzić wywiad kosmetyczny z klientem, dokonać diagnozy rodzaju cery i wskazać odpowiedni do potrzeb klienta sposób postępowania/zabieg z oferty gabinetu, w którym odbywa praktykę  |    |
| Potrafi wykonać demakijaż twarzy, szyi, dekoltu, przeprowadzić wywiad i diagnozę, wypełnić kartę klienta, dobrać preparaty, określić wskazania i przeciwwskazania do zabiegu z wykorzystaniem światła i ultradźwięków  |   |
| Potrafi dobrać preparaty, określić wskazania i przeciwwskazania oraz wykonać zabieg mikrodermabrazji, eksfoliacji, depilacji  |    |
| potrafi posługiwać się podstawowym sprzętem i aparaturą kosmetyczną stosowanymi w zabiegach kosmetycznych dostępnych w gabinecie, w którym odbywa praktykę  |    |
| Jest gotów do samodzielnego rozwiązywania problemów zawodowych  |   |
| Przestrzega zasad etyki zawodowej  |   |
| Średnia arytmetyczna:  |   |

Ocena stopnia osiągnięcia efektów uczenia się ……………………………………….

Ocena końcowa z praktyki odpowiada poniższym wskaźnikom uzyskanym w procesie ewaluacji efektów uczenia się:

* ocena bardzo dobra – 91% - 100%
* ocena dobra plus – 81% - 90%
* ocena dobra – 71% - 80%
* ocena dostateczna plus – 61% - 70%  ocena dostateczna – 50% - 60%
* ocena niedostateczna – poniżej 50%

|  |  |
| --- | --- |
|  ……………………………………………… podpis opiekuna z ramienia zakładu pracy  | ..……………………………… pieczęć zakładu pracy  |

Klauzula informacyjna

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach z siedzibą przy ul. Konarskiego 2, 08-110 Siedlce;
2. Prawidłowość przetwarzania danych osobowych nadzoruje administratora bezpieczeństwa informacji z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iod@uph.edu.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach kontaktowych jako z osobą bezpośrednią odpowiedzialną za opiekę i nadzór nad powierzonymi studentami Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach;
4. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (Dz.U. UE L119 z 4.05.2016 r.);
5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane;
6. Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa;
7. Dane przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa:

prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;

1. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
2. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

Klauzula zgody

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych w trakcie podpisywania oświadczenia jako osoby bezpośrednio nadzorującej i odpowiedzialnej za praktykanta w celach kontaktowych. Zostałem poinformowany o moich prawach i obowiązkach. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych kontaktowych jest dobrowolne.

…………………………. ……………..…………………………….

 (data) (podpis opiekuna z ramienia zakładu pracy