



**OCENA SATYSFAKCJI STUDENTA Z REALIZACJI PROGRAMU ZAJĘĆ DODATKOWYCH NA KIERUNKU
PIELĘGNARSTWO w ramach programu: Nowa Jakość Kierunku Pielęgniarstwo – Program Rozwojowy
Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego**

Rok akademicki:.....

Rok studiów:.....

Semestr:.....

Wiek w latach:.....

Płeć: Kobieta/Mężczyzna

Bardzo proszę o ocenę w skali od 1-6 (gdzie 1 oznacza ocenę niedostateczną, a 6 ocenę celującą) stopnia realizacji programu ZAJĘĆ DODATKOWYCH –

Liczba godzin: 20

1. Jak Pani/Pan ocenia realizację programu zajęć dodatkowych w zakresie zdobytej przez siebie wiedzy?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Jak Pani/Pan ocenia realizację programu zajęć dodatkowych w zakresie zdobytych przez siebie umiejętności?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Jak Pani/Pan ocenia realizację programu zajęć dodatkowych w zakresie zdobytych przez siebie kompetencji społecznych?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Jak Pani/Pan ocenia zaangażowanie i kompetencje osób prowadzących zajęcia?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Jak Pani/Pan ocenia współpracę z prowadzącym zajęcia ?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Jakie były według Pani/Pana mocne strony programu zajęć dodatkowych?

.....
.....

7. Jakie były według Pani/Pana słabe strony (problemy) programu zajęć dodatkowych

.....
.....
.....