 

Πρόγραμμα «ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩN: ΤΜΗΜΑ », που

υλοποιείται στα πλαίσια της Πράξης «Πρακτική Άσκηση Πανεπιστημίου Πατρών ακ. ετών 2024-2025, 2025-2026 & 2026-2027, MIS 6020851, η οποία συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ+) και από Εθνικούς Πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού & Κοινωνική Συνοχή» (ΠΠ 2021-2027).

ΔΕΛΤΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΑΣΚΟΥΜΕΝΟ/Η ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑ

# Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επώνυμο Φοιτητή/τριας:** |  | | | **Όνομα Φοιτητή/τριας:** | |  | | |
| **Εξάμηνο Σπουδών:** |  | | |
| **Αρ. Φοιτητικού Μητρώου:** | | |  |
| **Χρονική περίοδος κατά την οποία πραγματοποιήθηκε η άσκηση: Από:** | | | | |  | | **έως:** |  |
| **Επωνυμία Επιχείρησης:** | |  | | | | | | |
| **Διεύθυνση Επιχείρησης:** | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Επιβλέπων Μέλος ΔΕΠ:** |  | | |
| **Βαθμός Ασκούμενου:** |  | **Υπογραφή Επιβλέποντος Μέλος ΔΕΠ:** |  |

# B. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

|  |
| --- |
| Η πρακτική άσκηση αφορούσε το αντικείμενο: |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Σχολιάστε συνολικά την παρουσία του/της ασκούμενου φοιτητή/τριας κατά τη διάρκεια υλοποίησης της πρακτικής άσκησης (συνέπεια, συμπεριφορά, επαγγελματική εμφάνιση κτλ).** | | | | | | | | | |
| Άριστη |  | Πολύ Καλή |  | Καλή |  | Μέτρια |  | Ανεπαρκής |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ανταποκρίθηκε ο/η ασκούμενος/η στις τεχνικές και επιστημονικές απαιτήσεις της πρακτικής άσκησης;** | | | | | | | | | |
| Άριστη |  | Πολύ Καλή |  | Καλή |  | Μέτρια |  | Ανεπαρκής |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Σχολιάστε την αποδοτικότητα του/της ασκούμενου/ης, στο σύνολό της.** | | | | | | | | | |
| Άριστη |  | Πολύ Καλή |  | Καλή |  | Μέτρια |  | Ανεπαρκής |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Σχολιάστε τη συνεργασία σας με τον/την ασκούμενο/η κατά τη διάρκεια υλοποίησης της πρακτικής άσκησης** | | | | | | | | | |
| Άριστη |  | Πολύ Καλή |  | Καλή |  | Μέτρια |  | Ανεπαρκής |  |

|  |
| --- |
| **Παρακαλούμε διατυπώστε τυχόν επιπλέον σχόλια** |
|  |

**Με το παρόν βεβαιώνω την ολοκλήρωση της πρακτικής άσκησης του/της ασκούμενου/ης φοιτητή/τριας**

**Ημερομηνία / /**

***Ο Επιβλέπων Καθηγητής***

***(Ονοματεπώνυμο, Υπογραφή)***