**DEKLARACJA ORGANIZACJI PRAKTYK**

**Deklarację należy dostarczyć do akceptacji Uczelnianemu Opiekunowi Praktyk** **przed rozpoczęciem praktyki. Uczelniany Opiekun Praktyk wskazuje wymagana formę dostarczenia niniejszej deklaracji.** (dopuszczalne formy: oryginał, skan wysłany e-mailem, zamieszczenie pliku na Moodle).

**UZUPEŁNIA STUDENT** (zaznaczyć X lub wpisać dane )

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko studenta/ki** |  | | | | | | |
| **Numer albumu** |  | | | | **Rok studiów** |  | |
| **Tryb studiów** | stacjonarny |  | niestacjonarny | | **Kierunek studiów** |  | |
| **Stopień studiów** | Studia I stopnia | | | Studia II stopnia | | | Jednolite studia magisterskie |
| **Specjalność** |  | | | | | | |
| **Adres e-mail** |  | | | | **Nr telefonu** |  | |
| **Planowany termin realizacji praktyki** | od | | do | | **Liczba godzin dydaktycznych praktyk** |  | |

# OŚWIADCZENIE STUDENTA O UBEZPIECZENIU W OKRESIE PRAKTYKI

1. Oświadczam, iż na czas trwania praktyki studenckiej jestem ubezpieczony od:

* następstw nieszczęśliwych wypadków,
* odpowiedzialności cywilnej,

w Towarzystwie Ubezpieczeniowym: ..............................................................................................................

numer polisy: ………………………………………………………………………………….

1. Zobowiązuję się do okazania oryginału umowy ubezpieczenia (polisy) na każde wezwanie Uniwersytetu Dolnośląskiego DSW we Wrocławiu lub Instytucji przyjmującej na praktykę.

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

Data i podpis studenta

**UZUPEŁNIA PRAKTYKODAWCA/Instytucja przyjmująca na praktykę** (zaznaczyć X lub wpisać )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pełna nazwa** |  | | | |
| **Adres:** ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy , miejscowość |  | | | |
| **NIP** |  | | | |
| **Dane osoby upoważnionej do reprezentowania praktykodawcy:** | | | | |
| **Imię i nazwisko** |  | | **Stanowisko** |  |
| **Czy praktykodawca był już wybierany jako miejsce praktyk studenckich** | TAK | NIE | Uwagi: | |
| **Dane Opiekuna Praktyki** | | | | |
| **Imię i nazwisko** |  | | **Stanowisko** |  |
| **Numer telefonu** |  | **e-mail** |  | |
| **Wykształcenie** | Wyższe magisterskie | Wyższe (licencjat/inżynier) | Inne – (proszę podać jakie?)  ……………………………………….. | |
| **Staż pracy** | do 3 lat | 3-5 lat | powyżej 5 lat | |
| **Doświadczenie Opiekuna Praktyki w pracy ze studentami** | TAK | NIE | Uwagi: | |

Wyrażam zgodę na przyjęcie studenta/tki Uniwersytetu Dolnośląskiego DSW we Wrocławiu na praktykę oraz oświadczam, że:

* Zapoznał się i zobowiązuje się do przestrzegania „Programu i regulaminu praktyk” (załącznik).
* Jest podmiotem/pracodawcą, dającym szansę rozwoju praktykantowi/ce w zakresie kompetencji zgodnych  
  z efektami uczenia się na wskazanych kierunkach kształcenia.
* Profil jego działalności jest zgodny ze wskazanym przez studenta kierunkiem studiów.
* Posiada infrastrukturę i zapewni wyposażenie miejsca praktyk umożliwiającą prawidłową jej realizację.
* Posiada odpowiednią liczbę Opiekunów Praktyk w odniesieniu do liczby przyjmowanych studentów.
* Zapewni, aby opiekunowie praktyk posiadali właściwe kompetencje do podjęcia tej roli.
* Wyraża zgodę na przeprowadzenie hospitacji przez Uczelnianego Opiekuna Praktyk.

…………………………………………………………………………………..…............................................

(data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania praktykodawcy)

**Wyrażam/nie wyrażam zgodę na realizację praktyki w w/w firmie na podstawie powyższego oświadczenia.**

………………………………………………............................................

**(podpis Uczelnianego Opiekuna Praktyk)**

Załącznik:

Program i regulamin praktyk: <https://bip.dsw.edu.pl/artykuly/regulaminy-praktyk-studenckich-na-kierunkach-studiow-wyzszych>