**WNIOSEK O ZALICZENIE PRAKTYKI NA PODSTAWIE**

**ZAŚWIADCZENIA O ZATRUDNIENIU/PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ/ PODEJMOWANIA INNYCH FORM AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ\***

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Uczelnianego Opiekuna Praktyk |  |
| Imię i nazwisko studenta/ki |  |
| Numer albumu |  |
| Telefon |  |

Ja niżej podpisany, zwracam się z prośbą o zaliczenie praktyki

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa praktyki |  |
| na semestrze (numer semestru) |  |
| Rok studiów |  |
| Kierunek studiów |  |
| Poziom studiów | studia pierwszego stopnia / studia magisterskie/ jednolite studia magisterskie\* |
| Forma studiów | stacjonarne / niestacjonarne\* |
| Liczba godzin dydaktycznych praktyki\*\* |  |

zrealizowanej w:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu |  |
| Adres podmiotu: ulica, numer domu, numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| NIP: |  |

w formie następującej aktywności\*\*\*\*\*:

zatrudnienia na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony/określony\*

zatrudnienia na podstawie umowy cywilno-prawnej (umowa zlecenia, umowa o dzieło)

prowadzenia samodzielnej działalności gospodarczej

☐ stażu

wolontariatu

podjęcia innej aktywności zawodowej zgodnej z profilem kierunku studiów (proszę wskazać jakiej?):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

co potwierdzam poniższym Zaświadczeniem o zatrudnieniu / stażu / wolontariacie / działalności\*.

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

podpis Studenta/ki

**Zaświadczenie o zatrudnieniu/stażu/wolontariacie/działalności\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko studenta/ki |  | | | |
| Nr albumu |  | | | |
| Telefon |  | | | |
| E-mail |  | | | |
| Poziom studiów | studia pierwszego stopnia/studia drugiego stopnia/ jednolite studia magisterskie\* | | | |
| Forma studiów | stacjonarne/niestacjonarne\* | | | |
| Kierunek |  | | | |
| Specjalność |  | | | |
| Nazwa podmiotu: |  | | | |
| Adres podmiotu: ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość |  | | | |
| NIP: |  | | | |
| Data rozpoczęcia stażu/wolontariatu/pracy/działalności |  | | | |
| Data zakończenia stażu/wolontariatu/pracy/działalności\* |  | | | |
| Miesięczny wymiar czasu pracy lub liczba zrealizowanych godzin stażu / wolontariatu / działalności zawodowej |  | | | |
| Nazwa stanowiska/ stanowiska pracy/aktywności studenta/ki |  | | | |
| Zakres wykonywanych zadań i prac (prace merytoryczne, organizacyjne, pomocnicze), które odpowiadają *Programowi i regulaminowi praktyk* dla danego kierunku\*\* |  | | | |
| Załączam do wniosku\*\*:  portfolio  zakres obowiązków  inne (np.: kopia umowy, świadectwo pracy)……………………………………………………………………………..  ..........................................................  podpis Studenta/ki | | | | |
| **Ocena stopnia realizacji efektów uczenia sią przez studenta/kę  – wypełnia bezpośredni przełożony studenta**  (należy uwzględnić wszystkie elementy wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych wskazane w „Programie i Regulaminie Praktyk” dla danego kierunku studiów i cyklu kształcenia) | | | | |
| **Efekty uczenia się przyjęte dla praktyki na kierunku studiów\*\*\*** | | **Ocena realizacji efektów uczenia się\*\*\*** | | |
| **w pełni** | **częściowo** | **brak** |
| **Wiedza:** | | | | |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| **Umiejętności:** | | | | |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| **Kompetencje społeczne:** | | | | |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| Potwierdzam opis pracy zawodowej studenta/ki zawarty w zaświadczeniu o zatrudnieniu / stażu / wolontariacie i realizację efektów uczenia się przez studenta/ki.  .............................................................. ..……………………......................................................  miejscowość, data czytelny podpis i pieczęć przełożonego\*\*\*\*\*\* | | | | |

**Objaśnienia**:

\*niepotrzebne skreślić

\*\*Student/ka szczegółowo opisuje zakres obowiązków/realizowanych zadań lub dołącza dokument potwierdzający np.: kopię umowy/kopię porozumienia o wolontariacie/kopię zakresu obowiązków/portfolio.

\*\*\*Student samodzielnie uzupełnia efekty uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych na podstawie „Programu i regulaminu praktyk”. Pracodawca ocenia poziom ich zrealizowania wstawiając „X” w odpowiedniej rubryce. Prosimy kierować się zakresem obowiązków/rodzajem wykonywanych zadań przez studenta.

\*\*\*\*godzina dydaktyczna to 0,75 godziny zegarowej

\*\*\*\*\*„Aktywność” to doświadczenie/działania studenta zakończone nie później niż 2 lata wstecz, licząc od daty złożenia niniejszego dokumentu.

\*\*\*\*\*\* W przypadku osoby zaliczającej praktykę na podstawie własnej działalności gospodarczej podpis składa właściciel firmy.

|  |
| --- |
| **Zatwierdzenie realizacji praktyk przez Uczelnianego Opiekuna Praktyk** |
| Zgadzam się na uznanie przedstawionej przez studenta/kę działalności za ekwiwalent praktyki *(nazwa praktyki):………………………………………….……….*…………………..………………………………………………….  wymaganej na semestrze (numer semestru studiów):…………………………………,  na kierunku ………………….……………………………………………………………………………………………………….………  studiów pierwszego stopnia / drugiego stopnia / jednolitych studiach magisterskich\*  obejmującej ……………………….…. godzin dydaktycznych.\*\*\*\*  Wynik weryfikacji ………………………….……………..…… *(ocena, zaliczenie, niezaliczenie)*  ………………………………………………………………………..  data podpis i pieczęć Uczelnianego Opiekuna Praktyk |