**WNIOSEK O ZALICZENIE PRAKTYKI NA PODSTAWIE**

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

**Imię i nazwisko Uczelnianego Opiekuna Praktyk**

Zwracam się z prośbą o zaliczenie praktyki

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa praktyki |  |
| na semestrze(numer semestru) |  |
| Rok studiów |  |
| Kierunek studiów |  |
| Specjalność |  |
| 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

[ ]  zatrudnienia na podstawie umowy o pracę na czas 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\*.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko studenta |  |
| 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, numer lokalukod 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 |  |
| 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 – wypełnia bezpośredni przełożony studenta**(należy uwzględnić wszystkie elementy wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych wskazanew „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 zawarty w zaświadczeniu o zatrudnieniu / stażu / wolontariaciei realizację efektów uczenia się przez studenta............................................................... ..……………………...................................................... miejscowość, data czytelny podpis i pieczęć przełożonego\*\*\*\*\*\* |

**Objaśnienia**:

\*niepotrzebne skreślić

\*\*Student 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 działalności za ekwiwalent praktyki*(nazwa praktyki):………………………………………….……….*…………………..………………………………………………….wymaganej na semestrze (numer semestru studiów):…………………………………,na kierunku ………………….……………………………………………………………………………………………………….………studiów pierwszego stopnia / drugiego stopnia / jednolitych studiach magisterskie\*obejmującej ……………………….…. godzin dydaktycznych\*\*\*\* na ocenę ………………………….……………..……………………………………………………………………………..data podpis i pieczęć Uczelnianego Opiekuna Praktyk |