



ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU/ STAŻU/ WOLONTARIACIE*
dot. zaliczenia praktyki

Zaświadcza się, że

I. DANE DOTYCZĄCE STUDENTA

1. Imię i nazwisko: nr albumu:
2. Rok studiów: tryb studiów: stacjonarne/niestacjonarne*
3. Rok akademicki:
4. Kierunek:
5. Specjalność:

**II. DANE DOTYCZĄCE INSTYTUCJI, W KTÓREJ STUDENT PRACUJE/
ODBYWA(Ł) STAŻ/ WOLONTARIAT**

1. Nazwa instytucji:
.....
.....
2. Adres instytucji:
.....
.....

III. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA/ STAŻU/ WOLONTARIATU

1. Rodzaj umowy:
2. Okres zatrudnienia/ stażu/ wolontariatu:
3. Stanowisko pracy:

Arkusz oceny osiągniętych efektów uczenia się określonych dla praktyki w programie studiów w powiązaniu z wykonywanymi czynnościami na stanowisku pracy/ w ramach wolontariatu*

Lp.	Efekty uczenia się dla praktyki z programu studiów dla semestru VI	Wykonywane czynności potwierdzające osiągnięcie danego efektu przez studenta	Uznanie efektu przez opiekuna praktyk w zakładzie pracy*/Uwagi i podpis opiekuna praktyk
1.	Charakteryzuje organizację, w której realizował praktykę zawodową oraz swoje stanowisko		
2.	Wykonuje czynności związane ze specyfiką zajmowanego stanowiska		
3.	Posługuje się odpowiednimi metodami i narzędziami pracy		
4.	Posługuje się specjalistycznym językiem używanym w danej organizacji/ na danym stanowisku		
5.	Jest świadom w jakim zakresie powinien kształtować swoje kwalifikacje zawodowe		
6.	Rozumie i stosuje się do zasad etycznych i kulturowych obowiązujących na danym stanowisku/ w zawodzie		
7.	Podejmuje współpracę z innymi członkami organizacji, jeśli wymaga tego sytuacja		

* Ocena stopnia realizacji efektu w skali 0-5

0-2 – brak zaliczenia

3-5 – zaliczenie



Wykonywane przez Panią/Pana czynności zawodowe obejmują zagadnienia określone we właściwym sylabusie praktyk, realizują wymienione w nim cele i pozwalają na uzyskanie wskazanej wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych.

.....

(pieczęć instytucji)

.....

(pieczęć i podpis dyrektora/
kierownika zakładu pracy)

* niepotrzebne skreślić.

Zatwierdzenie praktyki przez opiekuna praktyk z ramienia Uczelni

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

.....

Tarnów, dnia

.....

podpis Opiekuna praktyk z ramienia
MWSE w Tarnowie

33-100 Tarnów, ul. Waryńskiego 14, tel./fax: (14) 688 00 20
e-mail: mwse@mwse.edu.pl
www.mwse.edu.pl