

**ZAŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU/ STAŻU/ WOLONTARIACIE\***

**dot. zaliczenia praktyki**

**Zaświadcza się, że**

1. **DANE DOTYCZĄCE STUDENTA**
2. **Imię i nazwisko: ………………………….……………… nr albumu: …….………**
3. **Rok studiów: …………………...…..... tryb studiów: stacjonarne/niestacjonarne\***
4. **Rok akademicki: ……………………………………………………….…...………....**
5. **Kierunek: …………………………………..…………………………………….…….**
6. **Specjalność: ………………………………………….………………………………...**
7. **DANE DOTYCZĄCE INSTYTUCJI, W KTÓREJ STUDENT PRACUJE/ ODBYWA(Ł) STAŻ/ WOLONTARIAT**
8. **Nazwa instytucji:**

**………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………**

1. **Adres instytucji:**

**………………………………………………………………………………….……………**

**…………………………………………………………………………….…………………**

1. **DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA/ STAŻU/ WOLONTARIATU**
2. **Rodzaj umowy: …………………………………………………..……………….……**
3. **Okres zatrudnienia/ stażu/ wolontariatu: …………………….……………….…….**
4. **Stanowisko pracy: ………………………………………………..……………………**





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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Efekty uczenia się dla praktyki z programu studiów dla semestru III-IV** | **Wykonywane czynności potwierdzające osiągnięcie danego efektu przez studenta** | **Uznanie efektu przez opiekuna praktyk w zakładzie pracy\*/Uwagi i podpis opiekuna praktyk** |
|  | Posługuje się odpowiednimi metodami i narzędziami pracy. |  |  |
|  | Posługuje się specjalistycznym językiem używanym w danej organizacji/ na danym stanowisku. |  |  |

*\* 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

