

..... Nowy Targ, dnia .....

Imię i nazwisko studenta

.....

Nr albumu (legitymacji)      Kierunek, semestr i poziom studiów      Forma studiów

**WNIOSEK O UZNANIE EFEKTÓW UCZENIA SIĘ PRZYPISANYCH DO  
PRAKTYK ZAWODOWYCH NA PODSTAWIE AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ**

Dyrektor Instytutu .....

.....

Zwracam się z prośbą o zaliczenie efektów uczenia się przypisanych do studenckiej praktyki zawodowej ..... (rodzaj praktyki), w semestrze ..... w roku akademickim ..... na podstawie wykonanych przeze mnie czynności w ramach aktywności zawodowej: zatrudnienia, stażu, wolontariatu, działalności gospodarczej\*, które umożliwiły mi uzyskanie efektów uczenia się określonych w programie studiów dla studenckiej praktyki zawodowej, i które zostały zrealizowane w czasie trwania moich studiów na ww. kierunku/poziomie i profilu.

W terminie od ..... do ....., w wymiarze ..... tygodni/miesiący, tj. .... godzin, wykonywałem/am\* czynności w ramach zatrudnienia w .....

W terminie od ..... do ....., w wymiarze ..... tygodni/miesiący, tj. .... godzin, wykonywałem/am\* czynności w ramach stażu w .....

W terminie od ..... do ....., w wymiarze ..... tygodni/miesiący, tj. .... godzin, wykonywałem/am\* czynności w ramach wolontariatu w .....

W terminie od ..... do ....., w wymiarze ..... tygodni/miesiący, tj. .... godzin, wykonywałem/am\* czynności w ramach działalności gospodarczej w .....

Łączny wymiar wykonanych czynności: ..... tygodni/miesiąc/miesiący, tj. .... godzin.

I. Uzasadnienie wniosku wraz ze szczegółowym opisem realizowanych czynności:

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

.....  
.....

II. Zrealizowane efekty uczenia się:

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

III. Dokumenty potwierdzające spełnienie wymogów formalnych (m.in. kopia umowy i zakres obowiązków poświadczony przez zakład pracy, wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego)

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

Oświadczam, że wszystkie przedłożone przeze mnie dokumenty są prawdziwe.

.....  
*podpis studenta*

Opinia Opiekuna praktyk

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

Potwierdzam/Nie potwierdzam\* uzyskanie przez studenta wymaganych efektów uczenia się przewidywanych w programie studiów dla studenckiej praktyki zawodowej.

Nazwa efektu .....

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

.....  
Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

Decyzja Dyrektora Instytutu

Po rozpatrzeniu wniosku wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na całkowite/częściowe uznanie efektów uczenia się przypisanych do praktyk zawodowych .....  
w semestrze ..... w roku akademickim .....

Dodatkowe informacje / uzasadnienie decyzji w przypadku braku zgody\*:

.....  
.....

.....  
.....

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis Dyrektora Instytutu

**Zaliczam/ Nie zaliczam\* praktyki zawodowej .....**  
**na ocenę: .....**

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

\*Niepotrzebne skreślić