

..... 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