Uniwersytet Wrocławski

Wydział Nauk Społecznych

Instytut Filozofii

Stacjonarne studia II st. na kierunku filozofia

Specjalność: studia nad religiami i dialogiem międzykulturowym

Imię i nazwisko studenta ….………………………………………………………….

Nr indeksu ………………………..

**Deklaracja przyjęcia studenta na praktyki zawodowe**

**oraz weryfikacja i zatwierdzenie miejsca odbywania praktyk**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane Zakładu Pracy przyjmującego studenta na praktykę** | | | | | | | |
| Nazwa podmiotu/instytucji |  | | | | | | |
| Adres |  | | | | | | |
| Forma prawno-organizacyjna |  | | | | | | |
| Profil działalności |  | | | | | | |
| Zasięg działalności*\** | | lokalny | krajowy | | | międzynarodowy | |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktu z Uczelnią | |  | | | | | |
| Telefon i e-mail osoby do kontaktu z Uczelnią | |  | | | | | |
| Imię i nazwisko opiekuna praktyk\*\* | |  | | | | | |
| Telefon i e-mail opiekuna praktyk | |  | | | | | |
| **Charakterystyka miejsca i sposobu realizacji praktyki przez studenta***\** | | | | | | | |
| Wydzielone i wyposażone stanowisko pracy praktykanta | | TAK | | | NIE | | |
| Praca w terenie pod nadzorem wskazanego pracownika | | TAK | | | NIE | | |
| Realizacja praktyki będzie wymagała od studenta znajomości języków obcych | | TAK | | | NIE | | |
| *(jakich?)* | | |
| Czy oferta dostępna jest dla osób z niepełnosprawnością | | TAK | | | NIE | | |
| **Ewaluacja praktyki studenta** | | | | | | | |
| Zakład Pracy wyraża zgodę na hospitację praktyki zawodowej w trakcie jej trwania przez osobę wskazaną przez Uniwersytet Wrocławski. | | TAK | | | NIE | | |
| **Deklaracja współpracy** | | | | | | | |
| Zakład Pracy deklaruje wolę przyjęcia studenta\* | | Jednokrotnie | | | Wielokrotnie (w kolejnych latach) | | |
| Deklarowana liczba miejsc praktyk jednorazowo | | 1 | | 2 | | | 3 |
| Zakład Pracy oświadcza, że **zapoznał się z efektami uczenia się przypisanymi do praktyki i zapewni studentowi opiekuna praktyk posiadającego odpowiednie kompetencje w celu ich łącznej realizacji.** | | TAK | | | NIE | | |
| Zakład Pracy **wyraża zgodę na uwzględnienie na liście jednostek przyjmujących na praktyki zawodowe** studentów UWr, publikowanej na stronie internetowej Instytutu Filozofii WNS UWr. | | TAK | | | NIE | | |

\*- proszę zakreślić właściwe; \*\* - proszę wypełnić, jeśli Zakład Pracy może wskazać na tym etapie, jeśli nie, proszę o podanie tych danych najpóźniej w dniu rozpoczęcia praktyki przez studenta, zgodnie z Zarządzeniem Rektora UWr Nr 31/2021 Zał. nr 3, § 7.

*Deklarację sporządził:*

Imię i nazwisko………………………………………………………………

Stanowisko ……………………………………………………………………

Miejsce i data ……………………………………………………………….

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OPINIA opiekuna praktyk z ramienia UWr w zakresie weryfikacji spełnienia warunków odbywania praktyki studenckiej** (na podstawie pkt. 4 *Procedury organizacji praktyk studenckich na kierunku filozofia w Uniwersytecie Wrocławskim*)

…………………………………………………………………………………........................................................................ ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………….

Podpis