

.....
(miejscowość, data)

Imię i nazwisko:

Numer albumu:

Kierunek studiów:

Forma studiów: stacjonarne / niestacjonarne*

Poziom studiów: I stopnia / II stopnia / jednolite magisterskie*

Rok / semestr studiów:

Nr telefonu:

Do Dyrektora InstytutuPANS w Głogowie

(składane u Kierunkowego Opiekuna Praktyk)

**PODANIE O ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ NA PODSTAWIE ZATRUDNIENIA,
PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ LUB INNEJ FORMY AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ**

Zgodnie z Regulaminem Praktyk Studenckich PANS w Głogowie, zwracam się z prośbą o zaliczenie praktyki zawodowej przewidzianej w programie studiów na rok akademicki/....., w semestrze, w wymiarze **godzin** / **punktów ECTS**, na podstawie wykonywanej przeze mnie aktywności zawodowej.

1. Forma realizowanej aktywności zawodowej (właściwe zaznaczyć znakiem X):

- ☐ Doświadczenie zawodowe (zatrudnienie na podstawie umowy o pracę / umowy cywilnoprawnej)
- ☐ Prowadzenie własnej działalności gospodarczej (samozatrudnienie)
- ☐ Inne formy aktywności (odbywanie stażu zawodowego, wolontariat, praca na innej podstawie prawnej)

2. Dane podmiotu / zakładu pracy:

- Nazwa podmiotu / firmy:
- Adres podmiotu:
- Stanowisko / charakter wykonywanych zadań:
- Okres trwania aktywności: od do
- Wymiar godzin dydaktycznych **:

*niepotrzebne skreślić

** **Przelicznik godzin:** 960 godzin dydaktycznych = 720 godzin zegarowych; 480 godzin dydaktycznych = 360 godzin zegarowych.

3. Wykaz dołączonych dokumentów:

- ☐ Zaświadczenie z zakładu pracy / podmiotu potwierdzające okres aktywności zawodowej (lub zaświadczenie potwierdzające samozatrudnienie w przypadku własnej działalności).
- ☐ Opis zakresu obowiązków / stanowiska pracy potwierdzony przez przełożonego.
- ☐ Miesięczne karty przebiegu praktyki zawodowej (Załącznik nr 1a).
- ☐ Sprawozdanie końcowe z praktyki zawodowej (Załącznik nr 1b).
- ☐ Potwierdzenie osiągnięcia efektów – przełożony (Załącznik nr 3b).
- ☐ Inne dokumenty potwierdzające wykonywanie czynności umożliwiających uzyskanie efektów uczenia się (fakultatywnie):

.....

Głogów, dnia r.

.....

(podpis studenta)

4 . Weryfikacja dokumentacji i opinia kierunkowego opiekuna praktyk:

Na podstawie weryfikacji przedłożonej dokumentacji (Miesięczne karty – Zał. 1a, Sprawozdanie końcowe – Zał. 1b, Potwierdzenie efektów – Zał. 3b) stwierdzam, że wykonywana aktywność zawodowa odpowiada celom i umożliwia osiągnięcie zakładanych efektów uczenia się określonych w programie studiów.

- ☐ Wnoszę o zaliczenie praktyki zawodowej w wymiarze godzin / ECTS.
- ☐ Wnoszę o odmowę zaliczenia praktyki zawodowej.

Głogów, dnia r.

.....

(podpis kierunkowego opiekuna praktyk)

5. Decyzja dyrektora instytutu:

- ☐ Wyrażam zgodę na zaliczenie praktyki zawodowej w wymiarze godzin / ECTS.
- ☐ Nie wyrażam zgody na zaliczenie praktyki zawodowej.

Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej):

.....

.....

Głogów, dnia r.

.....

(podpis i pieczęć Dyrektora Instytutu)

*niepotrzebne skreślić

** **Przelicznik godzin:** 960 godzin dydaktycznych = 720 godzin zegarowych; 480 godzin dydaktycznych = 360 godzin zegarowych.