

.....
(imię i nazwisko Studenta)

.....
(stopień, forma, moduł, rok studiów)

.....
(ulica, numer domu)

.....
(numer albumu)

.....
(miejsowość)

.....
(numer telefonu)

**DO DZIEKANA
WYDZIAŁU
AKADEMII IM. JAKUBA Z PARADYŻA
W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM**

**WNIOSEK O ZALICZENIE PRAKTYKI
NA PODSTAWIE PRACY ZAWODOWEJ LUB INNEJ AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ**

Proszę o zaliczenie praktyki zawodowej w całości/w części* na podstawie mojej pracy zawodowej lub innej zawodowej aktywności.

Oświadczam, że moją pracę/staż/wolontariat/działalność gospodarczą/inną aktywność zawodową* wykonywałem*/wykonuję* w okresie (od dd-mm-rr do dd-mm-rr albo od dd-mm-rr – nadal), w firmie/instytucji/w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą* (nazwa firmy lub instytucji), na stanowisku

Oświadczam, że spełniam wymogi przewidziane w programie praktyk i zrealizowałem w ramach mojej pracy zawodowej/innej zawodowej aktywności* następujące efekty uczenia się: (kod efektów)

.....
(czytelny podpis Studenta)

Załączniki:

- 1) Szczegółowy zakres obowiązków i czynności wykonywanych na stanowisku, podpisany przez pracodawcę lub osobę upoważnioną;
- 2) Kserokopia dokumentu poświadczającego zatrudnienie lub inną formę aktywności zawodowej np. umowa, wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Wniosek złożono dnia

Zarejestrowano pod nr

Podpis i pieczętka
osoby przyjmującej:

(szare pole wypełnia pracownik Sekcji Dziekanatów)



.....
(białe pole poniżej wypełnia Student występujący z wnioskiem)

(szare pole wypełnia pracownik Sekcji Dziekanatów)

.....
(imię i nazwisko Studenta)

.....
(stopień, forma, moduł, rok studiów)

Wniosek złożono dnia.....

Zarejestrowano pod nr.....

Podpis i pieczętka
osoby przyjmującej:

*niepotrzebne skreślić

Opinia opiekuna praktyk dotycząca możliwości osiągnięcia we wskazanym miejscu zatrudnienia lub innej aktywności zawodowej celów praktyki i efektów uczenia się przypisanych do praktyki:

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

.....
(podpis opiekuna praktyk)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*

.....
(pieczętka i podpis Dziekana Wydziału)

*niepotrzebne skreślić