**Załącznik nr 7 do Zarządzenia**  
**Wzór dokumentacji wymaganej do zaliczenia innej aktywności zawodowej**  
**na poczet praktyki studenckiej**

**Załącznik 7A**

................................................................ Lublin, dnia ............................

*(imię i nazwisko)*

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

*(kierunek studiów)*

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

*(nr album)*

Dziekan Wydziału……………………………………

**WNIOSEK O ZALICZENIE PRAKTYK**  
**NA PODSTAWIE INNEJ AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ**

Zwracam się z prośbą o zaliczenie wykonywanej przeze mnie w okresie od ..........................................

do ................................. pracy w ............................................................................................................

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

*(wpisać pełną nazwę i adres zakładu pracy/przedsiębiorstwa)*

jako praktyki ………………..…………………………………............................................................

*(nazwa praktyki)*

przewidzianej do realizacji w programie studiów ………….....................................…………....……

*(rok, semestr).*

Pracę wykonywałem /łam w ramach *........................…..................................................…………………………….....*

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

*(wpisać rodzaj aktywności zawodowej)*

Jednocześnie, po zapoznaniu się z obowiązującym na studiach regulaminem praktyki, oświadczam, że charakter wykonywanych przeze mnie obowiązków odpowiada wymienionym w regulaminie zadaniom zarówno pod względem ilościowym jak i jakościowym. Do podania załączam stosowne dokumenty potwierdzające:

* aktywność zawodową,
* efekty uczenia się uzyskane w czasie aktywności zawodowej zgodne z regulaminem praktyk kierunku,
* inne ………………………………..…………………

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

*(data i czytelny podpis studenta/studentki)*

**Załącznik 7B**

**ZAŚWIADCZENIE**

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani\*……………………………………………………………..

zamieszkały(a)........................................................................................................................................

ur. ….............………................... w ………..........................................................................................

w okresie od ...................................... do ................................... wykonywał aktywność zawodową w

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

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

*(nazwa i adres instytucji)*

W ramach aktywności zawodowej student wykonywał następujące obowiązki:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*(data i podpis osoby uprawnionej)*

\* niepotrzebne skreślić

**Załącznik 7C**

**Potwierdzenie osiągnięcia efektów uczenia się przewidzianych regulaminem praktyk**

………………………………………………………….

*(nazwa praktyki)*

**na kierunku** ……………………………………………………………………………………….…

*(nazwa kierunku, rok i semestr studiów)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko studenta:** | | |
| **Nr albumu:** | | |
| **Symbol efektu** | **Treść efektu uczenia się** | **Potwierdzenie przez Mentora Praktykanta osiągnięcia zakładanych efektów uczenia się** |
| W zakresie wiedzy | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| W zakresie umiejętności | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| W zakresie kompetencji społecznych | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

Opiekun Praktyk / Opiekun Praktyk Psychologiczno-Pedagogicznych / Koordynator Kształcenia Praktycznego

*(data i podpis)*