

**WNIOSEK STUDENTA O ZALICZENIE CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH  
NA POCZET PRAKTYK**

Okres od momentu ukończenia czynności zawodowych, o które student wnioskuje, aby mu zaliczyć na poczet praktyk do momentu zaliczenia tych praktyk obejmuje:

- maksymalnie 3 lata wstecz dla studiów licencjackich i inżynierskich (I stopnia)
- maksymalnie 5 lat wstecz dla jednolitych studiów magisterskich i studiów II stopnia

Imię i nazwisko studenta:

.....

Kierunek studiów: Chemia

Rok studiów: ..... stopień studiów: II

nr albumu: .....

Pełna nazwa instytucji, w której realizowane były czynności zawodowe:

.....

Adres instytucji:

.....

Termin realizacji czynności zawodowych: od ...../...../..... do ...../...../.....

Zrealizowana liczba godzin: .....

Forma realizowania czynności zawodowych

*(do wniosku należy dołączyć umowę i zakres obowiązków, które są związane z profilem i kierunkiem studiów oraz odpowiadają efektom uczenia się przypisanym do praktyk):*

- w ramach zatrudnienia
- w ramach stażu
- w ramach wolontariatu

**OCENA EFEKTÓW UCZENIA SIĘ PRAKTYKANTA (wypełnia pełnomocnik  
dziekana ds. praktyk):**

5 – wysoki poziom przygotowania    4 – odpowiada oczekiwaniom    3 – dostateczny    2 – poważne zastrzeżenia

Efekty uczenia się podlegające ocenie (zgodne z programem praktyk)		Ocena stopnia osiągnięcia przez studenta założonych efektów uczenia się				
		1	2	3	4	5
<b>WIEDZA</b>	Wykazuje fachową wiedzę z zakresu chemii					
	Zapoznał się z zasadami BHP obowiązującymi na stanowisku pracy i przestrzega ich w praktyce					
	Wykazuje znajomość podstawowych zasad związanych z własnością intelektualną w trakcie pracy					
<b>UMIĘJĘTNOŚCI</b>	Wykonuje powierzone mu zadania związane z problematyką zawodową.					
	Wykorzystuje dostępne źródła wiedzy (pisemne i/lub ustne) w celu uzupełnienia niezbędnej wiedzy, związanej z powierzonymi mu/jej obowiązkami.					
	Pracuje w ramach zespołu					
<b>KOMPETENCJE SPOŁECZNE</b>	Ma świadomość odpowiedzialności za powierzone zadania					
	Jest samodzielny/a					
	Jest punktualny/a i zdyscyplinowany/a					
	Wykazuje się kulturą osobistą					
	Jest komunikatywny/a					
	Stosuje się do wskazówek opiekuna					

**UWAGI PEŁNOMOCNIKA DZIEKANA ds. PRAKTYK:**

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

**ZALICZENIE PRAKTYKI PRZEZ PEŁNOMOCNIKA DZIEKANA ds. PRAKTYK:**

..... praktykę kierunkową w wymiarze ..... godzin na ocenę .....

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć pełnomocnika dziekana ds. praktyk