Załącznik nr 1.

Uniwersytet Wrocławski

Wydział Nauk Społecznych

Kierunek studiów……………………………………………………..

Imię i nazwisko studenta….……………………………………Nr indeksu…………………

Deklaracja przyjęcia studenta na praktyki zawodowe

oraz weryfikacja i zatwierdzenie miejsca odbywania praktyk

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane Podmiotu/Instytucji przyjmującej studenta na praktyki** | | | | | | | | | | |
| 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 praktyk zawodowych przez praktykanta***\** | | | | | | | | | | |
| Wydzielone i wyposażone stanowisko pracy praktykanta | | | | | TAK | | | | | NIE |
| Praca w terenie pod nadzorem wskazanego pracownika | | | | | TAK | | | | | NIE |
| Realizacja praktyk będzie wymagała od studenta znajomości języków obcych | | | | | TAK | | | | | NIE |
| *(jakich?)* | | | | |
| Czy oferta dostępna jest dla osób z niepełnosprawnością | | | | | TAK | | | | | NIE |
| **Ewaluacja praktyk studenta** | | | | | | | | | | |
| Podmiot/instytucja wyraża zgodę na hospitację praktyk zawodowych w trakcie jej trwania przez osobę wskazaną przez Uczelnię | | | | | TAK | | | | | NIE |
| **Deklaracja współpracy** | | | | | | | | | | |
| Podmiot/instytucja deklaruje wolę przyjęcia studenta\* | | | Jednokrotnie | | | | Wielokrotnie  (w kolejnych latach) | | | |
| Deklarowana liczba miejsc praktyk jednorazowo | | | 1 | | | 2 | | | 3 i więcej | |
| Oferta kierowana jest do studentów kierunku\* | | |  | | |  | | |  | |
| Podmiot/instytucja oświadcza, że zapewni studentowi opiekuna praktyk posiadającego odpowiednie kompetencje | | | TAK | | | | NIE | | | |
| Podmiot/instytucja wyraża zgodę na uwzględnienie na liście jednostek przyjmujących na praktyki zawodowe studentów WNS, publikowanej na stronie www Wydziału | | | TAK | | | | NIE | | | |

\* - proszę wpisać kierunek realizowany na WNS; \*\* - proszę wypełnić, jeśli Podmiot/Instytucja może wskazać na tym etapie. Jeśli nie, proszę o podanie tych danych najpóźniej w dniu rozpoczęcia praktyk przez studenta, zgodnie z Zarządzeniem Rektora UWr. Nr 187/2022 Zał. Nr 3 Par. 7.

**Deklarację sporządził:**

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

Stanowisko ……………………………………………………………………

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