**Formularz zgłoszenia praktyki zawodowej**

**(wypełnia student/ka)**

Imię i nazwisko studenta/studentki………...…………………………………………………………

Nr albumu …………………………………………………………..……………..

Rok/stopień studiów ………………………………………………………………

Tryb studiów (stacjonarne/niestacjonarne) ………………………………………..

E-mail………………………………………………………………………………

Termin odbywania praktyki …………………………………………………….…

Sposób odbywania praktyki (np. 1 dzień w tygodniu/ 3 dni po 4 godziny, bez przerwy)

………………………………………………………….…………………………..

Miejsce realizacji praktyki (nazwa i adres): ……………………………………….…… ………………………………...………………………………………………………….……..……..………………………………...………………………………………………………….……..……..

Profil działalności ………………………………………………………………….…………………

Tel. ………………………………… E-mail: ………..………………………………………………

Imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna praktyk z ramienia zakładu pracy …………………………………………………………………………………………………………

Tel. ………………………………… E-mail: ………………………………………..………….……

**(wypełnia opiekun praktyk z UG)**

Profil działalności zakładu pracy:

|  |
| --- |
|  |

**Kryteria oceny miejsca realizacji praktyki zawodowej**

|  |  |
| --- | --- |
| Kryterium | Potwierdzenie spełnienia kryterium |
| Czy miejsce realizacji praktyki gwarantuje zdobycie nowych umiejętności i doświadczenia w nowym dla studenta środowisku pracy? |  |
| Czy profil działalności praktykodawcy jest zgodny z treściami programowymi praktyki? |  |
| Czy charakter i zakres zadań realizowanych w miejscu praktyki jest zgodny z celami dydaktycznymi kształcenia i efektami uczenia się? |  |
| Czy zapewnione są odpowiednie warunki materialne do realizacji praktycznej nauki zawodu (np. dostęp do sprzętu, narzędzi, materiałów i dokumentacji)? |  |
| Czy opiekun praktyk posiada odpowiednie kompetencje (wykształcenie kierunkowe, doświadczenie zawodowe)? Czy może się wykazać doświadczeniem w pracy ze studentami? |  |

Opiniowana placówka spełnia / spełnia warunkowo / nie spełnia\* kryteria wymagane do prowadzenia praktyk zawodowych.

……………………………………………

data i podpis opiekuna praktyk z UG

\*niepotrzebne skreślić