

Wypełnia: Student

Żary, dnia

Imię i nazwisko:

Nr albumu: Edycja.....

Rok studiów: Semestr:

System studiów * stacjonarne niestacjonarne

Stopień studiów * licencjackie magisterskie

Kierunek: PEDAGOGIKA

Specjalność * Edukacja bezpieczeństwa i higieny pracy



Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałam/em się z obowiązującym Regulaminem praktyk i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
(podpis studenta)

Deklaracja

dotycząca miejsca odbywania praktyki

Niniejszym informuję, że praktykę w wymiarze godzinowy:*

<input type="checkbox"/> pedagogiczno – asystencką	<input type="checkbox"/> 90	<input type="checkbox"/> 75
<input type="checkbox"/> hospitacyjną	<input type="checkbox"/> 90	<input type="checkbox"/> 75
<input type="checkbox"/> metodyczną	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 25

w roku akademickim / odbywać będę w

.....
(dokładna nazwa placówki i adres)

w terminie od do

Proszę o przedłużenie terminu rozliczenia praktyki do dnia.....

Wyrażam zgodę na przedłużenie terminu

rozliczenia praktyki do dnia.....

.....
(podpis studenta)

Zatwierdzam

.....
(podpis i pieczęć kierownika
podstawowej jednostki organizacyjnej)

.....
(podpis i pieczęć opiekuna praktyk zawodowych)

* *zaznaczyć właściwe*

Wypełnia: Pracownik Dziekanatu

Żary, dnia

Pieczęć uczelni

L.dz.ŁWSH-Pr/ ... /..

Skierowanie na praktykę zawodową:

Kieruję Panią (Pana).....

studentkę (studenta)

.... roku /Pedagogika /Edukacja Bezpieczeństwa i Higieny Pracy

(rok studiów / kierunek / specjalność)

Łużyckiej Wyższej Szkoły Humanistycznej
im. Jana Benedykta Solfy w Żarach

nr albumu

na praktykę

(nazwa praktyki)

w roku akademickim

Zatwierdzam

.....
(podpis i pieczęć opiekuna praktyk zawodowych)

Załącznik nr

do Porozumienia w sprawie prowadzenia studenckich praktyk zawodowych,
zawartego w dniu pomiędzy Łużycką Wyższą Szkołą Humanistyczną im. Jana
Benedykta Solfy z siedzibą w Żarach

a

Cel i zakres praktyki	termin realizacji praktyki	Opiekun praktyki*/**
<p style="text-align: center;">PRAKTYKA PEDAGOGICZNO - ASYSTENCKA</p> <p>a) Zapoznanie się ze strukturą organizacyjną zakładu</p> <p>b) Zapoznanie się z przepisami obowiązującymi w zakładzie z zakresu BHP</p> <p>c) Zapoznanie się z zadaniami i metodami pracy pracowników służb BHP w zakładzie</p> <p>d) Zapoznanie się z zasadami współpracy z organami nadzoru nad warunkami pracy (z Państwową Inspekcją Pracy i Państwową Inspekcją Sanitarną)</p> <p>e) Obserwacja sposobu podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy przez pracowników służb BHP</p> <p style="text-align: center;">PRAKTYKA HOSPITACYJNA</p> <p>a) Hospitowanie zajęć pracowników służb BHP</p> <p>b) Czynne włączenie się do zadań realizowanych przez pracowników służb BHP</p> <p>c) Nabycie umiejętności prowadzenia dokumentacji dotyczącej BHP w zakładzie</p> <p style="text-align: center;">PRAKTYKA METODYCZNA</p> <p>a) Nabycie umiejętności analizy i oceny zagrożeń życia i zdrowia pracowników czynnikami występującymi w procesie pracy</p> <p>b) Nabycie umiejętności ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy</p> <p>c) Nabycie umiejętności doboru i stosowania metod ograniczających zagrożenia w środowisku pracy</p>	<p>od</p> <p>do</p>	<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Imię i nazwisko</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Adres zamieszkania</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Nr PESEL</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">NIP</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Nazwa banku; nr konta</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Urząd Skarbowy dokonujący obliczenia podatku</p>

* jeżeli opiekun praktyki nie podpisuje umowy o dzieło z uczelnią wypełnić jedynie pozycję „imię i nazwisko”

** jeżeli opiekun praktyki podpisuje umowę o dzieło PROSZĘ O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

.....
(pieczęć uczelni)

.....
(pieczęć zakładu pracy)

.....
(pieczęć i podpis Opiekuna Praktyk Zawodowych Wydziału Pedagogiki)

.....
(pieczęć i podpis Dyrektora zakładu pracy)