

Wypełnia: Student

Żary, dnia

Imię i nazwisko:

Nr albumu: Edycja.....

Rok studiów: Semestr:

System studiów * stacjonarne niestacjonarne

Kierunek: PEDAGOGIKA

Specjalność * Poradnictwo zawodowe



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:*

metodyczną I 25

metodyczną II 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 /poradnictwo zawodowe

(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 METODYCZNA</p> <p>a) Sprawdzenie i pogłębienie umiejętności studenta w zakresie pracy doradcy zawodowego.</p> <p>b) Ćwiczenie umiejętności prowadzenia zajęć i pisanie sprawozdań z przeprowadzonych zajęć.</p> <p>c) Pogłębianie umiejętności w zakresie opracowywania narzędzi metodycznych doradcy zawodowego (konspekty, scenariusze zajęć i programy dostosowywane do specyficznych potrzeb grupy docelowej).</p> <p>d) Włączanie się do współpracy placówki z innymi osobami i instytucjami uczestniczącymi w realizacji systemu doradztwa.</p> | <p style="text-align: center;">od do</p> | <p style="text-align: center;">..... Imię i nazwisko Adres zamieszkania Nr PESEL NIP Nazwa banku; nr konta 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)