Białystok, dn. …………………

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

*imię i nazwisko studenta*

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

 *nr albumu*

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

 *kierunek i rok studiów*

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

 *telefon kontaktowy*

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

 *adres e-mail*

Sz. P.

prof. dr hab. Sławomir J. Terlikowski

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB

**WNIOSEK O ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ NA PODSTAWIE ZATRUDNIENIA, STAŻU LUB WOLONTARIATU POTWIERDZAJĄCEGO OSIĄGNIĘCIE EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

Zwracam się z prośbą o zaliczenie praktyki zawodowej ……………………………………… w liczbie godzin dydaktycznych …… na podstawie zatrudnienia/stażu/wolontariatu\* w ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W ramach zatrudnienia/stażu/wolontariatu\* zrealizowałam/-em następujące efekty uczenia się:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

*podpis studenta*

**Załączniki:**

1) ..................................................................................................................................................

1) ..................................................................................................................................................

1) ..................................................................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić

**OPINIA OPIEKUNA PRAKTYKI ZAWODOWEJ Z RAMIENIA UCZELNI**

Potwierdzam, że efekty uczenia się w ramach praktyki zawodowej (*proszę wpisać nazwę*) ………………………………………………………………………… wskazane przez studenta obejmują:

1. pełny zakres efektów uczenia się przypisanych do tej praktyki zawodowej
2. częściowy zakres efektów uczenia się przypisanych do tej praktyki zawodowej (*proszę wskazać efekty uczenia się, których student nie osiągnął*):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………

 *Pieczątka i podpis Opiekuna praktyki zawodowej*

*z ramienia Uczelni*

**DECYZJA DZIEKANA WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU LUB WYZNACZONEGO PRZEZ NIEGO PRODZIEKANA**

Wyrażam zgodę\*/nie wyrażam zgody\* na zaliczenie praktyki zawodowej (*proszę wpisać nazwę*) …………………………………………………………………………. w całości\*/w części\* Pani/Panu…………………………………………………………. na podstawie zatrudnienia/stażu/wolontariatu\* potwierdzającego osiągnięcie efektów uczenia się.

 ……………………………………………………………

 *Data i podpis Dziekana/Prodziekana*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić