*Załącznik nr II do Kierunkowego regulaminu praktyk studenckich KPU w Krośnie*

Krosno, dnia………….……

Imię i nazwisko studenta: .......................................................................

Nr albumu .......................................................................

Kierunek: Zarządzanie

Tryb studiów: …………………

Instytut Zdrowia i Gospodarki

Rodzaj praktyki:……………………………

**Opiekun praktyk zawodowych na kierunku**

**Zarządzanie II stopnia**

**Dr Beata Ujda-Dyńka**

**Podanie o ocenę zbieżności efektów uczenia się (w całości lub w części) przypisanych do praktyki zawodowej w ramach wykonywanej pracy zawodowej**

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w ramach wykonywanej pracy zawodowej

(Regulamin praktyk studenckich Karpackiej Państwowej Uczelni w Krośnie – §13, ust. 7 Zarządzenia Rektora nr 30/22)

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

(nazwa podmiotu gospodarczego)

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

(adres, telefon kontaktowy podmiotu gospodarczego)

Krótka charakterystyka wykonywanej pracy zawodowej ……………………………………………. ………………………………………………………………………………………………...…… ……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………

*podpis Studenta*

Załączniki:

* □ Zaświadczenie z zakładu pracy /□ Umowa pracy / □ Karta weryfikacji uczenia się
* □ Opinia pracodawcy /**□** Rekomendacja
* □ Opis stanowiska pracy / □ Zakres obowiązków
* □ Certyfikaty / □ Szkolenia/ □ Kursy
* **□** inne……………..

**Opinia opiekuna praktyk studenckich**

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

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

……………………………………..…..………………….

*podpis Opiekuna praktyki ze strony Uczelni*

**Decyzja Kierownika Zakładu Zarządzania:**

□ wyrażam zgodę □ nie wyrażam zgody (właściwe zaznaczyć w kwadracie X)

Uzasadnienie (w przypadku niewyrażenia zgody) ………………………………………………………………………

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

*podpis Kierownika Zakładu*