…………………………….

*Miejscowość i data*

Wydział Architektury

……………………………………..

/nazwisko i imię studenta, nr albumu/

**Prodziekan ds. Studenckich i Kształcenia**

**WNIOSEK O UZNANIE PRACY ZAWODOWEJ JAKO PRAKTYKI STUDENCKIEJ**

Proszę o potwierdzenie efektów uczenia się przypisanych praktykom zawodowym wynikających z wykonywanej pracy zawodowej.

**Charakterystyka pracodawcy** (pełna nazwa firmy, forma prawna, branża, zakres terytorialny działania):

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

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

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

**Charakterystyka stanowiska/stanowisk pracy** (szczegółowy opis obowiązków, stanowisko, itp)

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

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

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

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

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

Pracę tę wykonuję od ………………. do ………………..

………………………………..

*podpis studenta*

Potwierdzam opis pracy zawodowej studenta

…………………………………………………………..

*pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy*

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

*Opinia Wydziałowego Kierownika/Opiekuna Praktyk, w tym o osiągnieciu efektów uczenia się przypisanych do praktyk zawodowych*

…………………………………………………………..

*data i podpis Wydziałowego Kierownika/Opiekuna Praktyk*

Nie zaliczam pracy zawodowej jako praktyki / Zaliczam pracę zawodową jako praktykę

……………………. …………………………….

*data podpis Prodziekana*

Politechnika Białostocka

Wydział……………………….….

Kierunek …………………..……..

KARTA PRAKTYKI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Godziny pracy  od ‑ do | Liczba godzin pracy | Wyszczególnienie wykonywanych czynności  Uwagi, obserwacje i wnioski studenta co do wykonywanej pracy |
|  |  |  |  |

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

*czytelny podpis studenta pieczęć i podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania pracodawcy*

Zatwierdzam :………………………………………………………..

*data i podpis Wydziałowego Kierownika/Opiekuna praktyki*