

**Deklaracja przyjęcia studenta na praktyki zawodowe
oraz weryfikacja i zatwierdzenie miejsca odbywania praktyk**

Dane Podmiotu/Instytucji przyjmującej studenta na praktyki			
Nazwa podmiotu/instytucji			
Adres			
Forma prawno-organizacyjna			
Profil działalności			
Zasięg działalności*	lokalny	krajowy	międzynarodowy
Imię i nazwisko osoby do kontaktu z Uczelnią			
Telefon i e-mail osoby do kontaktu z Uczelnią			
Imię i nazwisko opiekuna praktyk**			
Telefon i e-mail opiekuna praktyk**			
Charakterystyka miejsca i sposobu realizacji praktyk zawodowych przez praktykanta*			
Wydzielone i wyposażone stanowisko pracy praktykanta	TAK	NIE	
Praca w terenie pod nadzorem wskazanego pracownika	TAK	NIE	
Realizacja praktyk będzie wymagała od studenta znajomości języków obcych	TAK	NIE	
	(jakich?)		
Czy oferta dostępna jest dla osób z niepełnosprawnością	TAK	NIE	
Ewaluacja praktyk studenta			
Podmiot/instytucja wyraża zgodę na hospitację praktyk zawodowych w trakcie jej trwania przez osobę wskazaną przez Uczelnię	TAK	NIE	
Deklaracja współpracy			
Podmiot/instytucja deklaruje wolę przyjęcia studenta*	Jednokrotnie	Wielokrotnie (w kolejnych latach)	
Deklarowana liczba miejsc praktyk jednorazowo	1	2	3 i więcej
Oferta kierowana jest do studentów kierunku*	Geografia	Turystyka	Gospodarka przestrzenna
Podmiot/instytucja oświadcza, że zapewni studentowi opiekuna praktyk posiadającego odpowiednie kompetencje	TAK	NIE	
Podmiot/instytucja wyraża zgodę na uwzględnienie na liście jednostek przyjmujących na praktyki zawodowe studentów WNZKS, publikowanej na stronie www Wydziału	TAK	NIE	

* - proszę zakreślić właściwe; ** - proszę wypełnić, jeśli Podmiot/Instytucja może wskazać na tym etapie. Jeśli nie, proszę o podanie tych danych najpóźniej w dniu rozpoczęcia praktyk przez studenta, zgodnie z Zarządzeniem Rektora UWr. Nr 187/2022 Zał. Nr 3 Par. 7.

Deklarację sporządził:

Imię i nazwisko

Stanowisko

Miejsce i data

Podpis



Klauzula informacyjna

Informacja Uniwersytetu Wrocławskiego o przetwarzaniu danych osobowych dla osób z zakładów pracy/institucji (osób reprezentujących, osób do kontaktu, opiekunów praktyk) zaangażowanych w realizację praktyk przewidzianych w programach studiów dla studentów Uczelni.

Zgodnie z art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej „RODO”), proszę przyjąć do wiadomości, że:

1. Administratorem, zobowiązanym do zapewnienia, aby przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywało się zgodnie z przepisami jest Uniwersytet Wrocławski, pl. Uniwersytecki 1, 50-137 Wrocław;

2. Administrator powołał inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres e-mail: iod@uwr.edu.pl;

3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Uniwersytet Wrocławski:

- na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w powiązaniu z art. 11 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, w celu wypełnienia obowiązków prawnych związanych z prowadzeniem kształcenia przez Uniwersytet Wrocławski, poprzez realizację przez studentów i studentki Wydziału Nauk o Ziemi i Kształtowania Środowiska Uniwersytetu Wrocławskiego praktyk studenckich;

4. (dotyczy jedynie osób do kontaktu i opiekunów praktyk) Kategorie danych, Państwa dotyczących, pozyskane przez Uniwersytet Wrocławski to służbowe dane kontaktowe;

5. Państwa dane mogą zostać udostępnione jedynie organom lub podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz podmiotom, z którymi Uczelnia zawarła stosowne umowy powierzenia przetwarzania, a także studentom/studentkom realizującym praktyki zawodowe w Państwa Firmie.

Ponadto, proszę przyjąć do wiadomości, że:

6. Państwa dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji oraz ewaluacji praktyk studenckich, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego;

7. Przysługuje Państwu prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania. Uprawnienia te mogą być jednak ograniczone przez szczególny przepis prawa;

8. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;

9. (nie dotyczy osób do kontaktu i opiekunów praktyk) Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji praktyk studenckich w Państwa Firmie;

10. (dotyczy jedynie osób do kontaktu i opiekunów praktyk) Źródłem, z którego Uniwersytet Wrocławski pozyskał Państwa dane osobowe jest Państwa Zakład Pracy;

11. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

Zakład Pracy zobowiązuje się do przekazania powyższych informacji o przetwarzaniu danych osobowych wskazanym przez siebie osobom do kontaktu i opiekunom praktyk.

OPINIA opiekuna praktyk ze strony Uczelni w zakresie weryfikacji spełnienia warunków odbywania praktyk zawodowych

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

Imię i nazwisko

Podpis

DZIENNIK PRAKTYK ZAWODOWYCH

(wypełnia student/studentka)

Rok akademicki/**.....****DANE STUDENTA****1. Imię i nazwisko** **Nr indeksu****2. Kierunek i rok studiów****INSTYTUCJA/ZAKŁAD PRACY PRZYJMUJĄCA(Y) NA PRAKTYKI ZAWODOWE****1. Nazwa**
.....**2. Adres**
.....**3. Imię i nazwisko osoby sprawującej nadzór nad realizacją praktyki w jednostce przyjmującej****4. Termin realizacji praktyk zawodowych****CZĘŚĆ I – OPIS PRZEBIEGU PRAKTYK ZAWODOWYCH
I ZAKRESU WYKONYWANYCH OBOWIĄZKÓW**

Nr dnia	Data	Opis
1		
2		
3		
4		
5		
6		

7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Potwierdzenie odbycia praktyki przez opiekuna praktyk zawodowych ze strony jednostki przyjmującej:

.....
podpis

CZĘŚĆ II. ANKIETA EWALUACYJNA MIEJSCA PRAKTYK ZAWODOWYCH

(wypełnia student, przedstawione poniżej opinie nie mają wpływu na ocenę studenta)

Proszę ocenić w skali od 1 (ocena skrajnie negatywna) do 5 (ocena skrajnie pozytywna) wymienione komponenty praktyk zawodowych poprzez wstawienie znaku „X”:

Komponenty i kryteria oceny	1	2	3	4	5	Nie mam zdania	Nie dotyczy
Nadzór opiekuna w miejscu odbywania praktyk							
Opieka merytoryczna ze strony osoby wyznaczonej przez pracodawcę							
Stopień trudności zleczanych zadań adekwatny do wiedzy i umiejętności praktykanta							
Liczba wyznaczonych zadań adekwatna do dziennego czasu pracy praktykanta							
Przyjazność/życzliwość otoczenia							
Stanowisko pracy							
Dostęp do niezbędnych urządzeń biurowych koniecznych do realizacji wyznaczanych praktykantom zadań							
Dostęp do oprogramowania niezbędnego do wykonywania zleczonych praktykantom zadań							
Dostęp do sprzętu (badawczego, pomiarowego, innego) niezbędnego do wykonywania zleczonych praktykantom zadań							
Efekty praktyk zawodowych							
Uzyskana wiedza zbieżna z profilem działalności danego podmiotu/instytucji							
Uzyskana wiedza zbieżna ze studiowaną dziedziną/kierunkiem studiów							
Uzyskane umiejętności zbieżne z profilem działalności danego podmiotu/instytucji							
Uzyskane umiejętności zbieżne ze studiowaną dziedziną/kierunkiem studiów							
Ogólna ocena przebiegu praktyk zawodowych							

Inne uwagi: (Proszę podzielić się swoimi przemyśleniami dotyczącymi miejsca praktyk zawodowych. Ewentualne krytyczne spostrzeżenia pozwolą na weryfikowanie miejsc praktyk zawodowych studentów wybranego kierunku)

Podpis studenta/studentki:.....

.....
pieczęć zakładu pracy/institucji
(NIP/Regon)

ZAŚWIADCZENIE O ODBYCIU PRAKTYK ZAWODOWYCH
(wypełnia pracodawca po zakończeniu praktyk zawodowych
poza szarymi polami, które wypełnia opiekun praktyk ze strony Uczelni)

Pan/i

Student/ka Wydziału

Kierunku studiów

Stopień studiów rok nr albumu

odbył/a praktyki w.....

(nazwa zakładu pracy/institucji)

zgodnie z ustalonym programem w terminie od do

ARKUSZ OCENY KOMPETENCJI PRAKTYKANTA

Opis działań praktykanta <i>(wypełnia opiekun praktyk ze strony Uczelni)</i>	Ocena <i>(wypełnia opiekun praktyki ze strony zakładu pracy/institucji)</i> (proszę postawić krzyżyk w odpowiedniej kolumnie)				Symbole efektów uczenia się przewidzianych w sylabusie przedmiotu <i>(wypełnia opiekun praktyk ze strony Uczelni)</i>
	Bardzo dobra	Dobra	Dostateczna	Niedostateczna	
Kompetencje merytoryczne i praktyczne praktykanta					
Realizacja treści programowych					

Sugerowana ocena wystawiona przez osobę sprawującą nadzór nad realizacją praktyk w jednostce przyjmującej (bardzo dobra, dobra, dostateczna, niedostateczna):

Ewentualne uwagi odnośnie przebiegu praktyk:

.....

.....

Miejscowość, data, podpis opiekuna praktyk ze strony zakładu pracy/institucji

**Potwierdzenie odbycia praktyk przez uczelnianego opiekuna praktyk zawodowych
(Uniwersytet Wrocławski)**

Stopień realizacji efektów uczenia się: bardzo dobry/dobry/dostateczny/niedostateczny

Ocena końcowa z praktyk zawodowych:

Data, podpis

ANKIETA EWALUACYJNA – opiekun praktyk ze strony zakładu pracy*(wypełnia opiekun praktyk ze strony zakładu pracy)*

Proszę ocenić w skali od 1 (ocena skrajnie negatywna) do 5 (ocena skrajnie pozytywna) wymienione komponenty praktyk zawodowych poprzez wstawienie znaku „X”:

Komponenty i kryteria oceny	1	2	3	4	5	Nie mam zdania	Nie dotyczy
Współpraca z Uczelnią							
Kontakt z uczelnianym opiekunem praktyk był wystarczający i pozwalał na właściwą realizację praktyki							
Procedury oraz dokumenty związane z procesem realizacji praktyk były wyczerpujące i zrozumiałe							
Program praktyk							
Zaproponowany przez Uczelnię program praktyk był dostosowany do specyfiki działalności Zakładu Pracy							
Zaproponowany przez Uczelnię program praktyk zawierał zagadnienia istotne dla Zakładu Pracy (m.in. poznanie specyfiki działalności)							
Zaproponowany przez Uczelnię program praktyk zawierał najważniejsze zagadnienia istotne dla branży, w której działa Zakład Pracy							
Zaproponowany przez Uczelnię program praktyk był adekwatny do aktualnej sytuacji na branżowym rynku pracy							
Realizacja programu praktyk zwiększa kompetencje praktykanta i ułatwia mu wejście na rynek pracy							
Współpraca z praktykantem							
Praktykant chętnie podejmował się realizacji zleconych zadań i czynności							
Praktykant chętnie przyjmował informacje zwrotne i korygował swoje działania							
Praktykant komunikował swoje oczekiwania w stosunku do praktyk oraz dzielił się wątpliwościami z opiekunem praktyki ze strony zakładu pracy							
Praktykant wykazywał się inicjatywą i otwartością (zadawał pytania, zgłaszał się do wykonania dodatkowych zadań)							
Praktykant zrealizował wszystkie zadania przewidziane programem praktyk							

Podpis opiekuna praktyk ze strony zakładu pracy

Wydział Nauk o Ziemi i Kształtowania Środowiska

Protokół z hospitacji praktyk zawodowych

NAZWA JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ NA PRAKTYKI (Instytutu):

.....

NAZWA JEDNOSTKI, W KTÓREJ REALIZOWANE SĄ PRAKTYKI ZAWODOWE:

.....

OPIEKUN PRAKTYK ZE STRONY JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ STUDENTA:

.....

DANE OPIEKUNA PRAKTYK ZE STRONY ZAKŁADY PRACY/JEDNOSTKI PRZYJMUJĄCEJ STUDENTA (tytuł/stopień, nazwisko i imię)

.....

DANE OSOBY/OSÓB HOSPITUJĄCEJ/YCH ZAJĘCIA (tytuł/stopień, nazwisko i imię, funkcja):

1.

2.

3.

DATA HOSPITACJI: Godz. Miejsce

A. PRAKTYKI ZAWODOWE:

1. KIERUNEK STUDIÓW:

2. STUDIA:

stacjonarne

I stopnia

III stopnia

niestacjonarne

II stopnia

podyplomowe

3. ROK STUDIÓW: SEMESTR:

4. SPECJALNOŚĆ:

5. IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA (STUDENTÓW) REALIZUJĄCEGO PRAKTYKI W DNIU HOSPITACJI:

1.

2.

3.

4.

B. OCENA FORMALNA PRAKTYK:

1. Czy praktyki zawodowe rozpoczęły się punktualnie?

tak

nie

Opóźnieniemin.

2. Czy sprawdzono obecność studentów?

tak

nie

Nie dotyczy

3. Czy miejsce (pomieszczenie) i jego wyposażenie były przystosowane do prowadzonych praktyk?

tak

nie

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „nie” należy podać przyczynę.

.....

.....

Uwagi, wnioski i zalecenia dotyczące formalnej strony zajęć:

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

C. OCENA MERYTORYCZNA PRAKTYK:

PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE PROWADZĄCEGO PRAKTYKI:

1. Czy opiekun ze strony zakładu pracy był obecny podczas hospitacji i dostępny dla studenta?

tak nie

2. Czy realizowane praktyki stwarzały możliwości doskonalenia/pogłębiania wiedzy/umiejętności?

tak nie częściowo

3. Czy w czasie praktyk były wykorzystane zasady: stopniowania trudności, pogłębienia, logiczności, wiązania teorii z praktyką?

tak nie częściowo

TRAFNOŚĆ DOBORU ZADAŃ:

1. Czy powierzone zadania były adekwatne do realizacji założonych efektów uczenia się?

tak nie częściowo

2. Czy był właściwy nadzór/opieka nad studentami ze strony opiekuna praktyk z ramienia jednostki, w której realizowane są praktyki?

tak nie częściowo

3. Czy realizowane praktyki stwarzały studentowi możliwości wykazania się aktywnością/ zaangażowaniem?

tak nie częściowo

OCENA ORGANIZACYJNA PRAKTYK

1. Czy racjonalnie został wykorzystany czas realizowanych praktyk zawodowych?

tak nie częściowo

2. Czy były trafnie dobrane formy pracy?

tak nie częściowo

3. Czy tempo praktyk było właściwe?

tak nie częściowo

4. Czy przestrzegane były przepisy bhp, wewnętrzne regulaminy podmiotu?

tak nie

SPOSOBY SPRAWDZANIA I OCENIANIA OSIĄGNIĘĆ STUDENTA

1. Czy dokonano podsumowania praktyk?

tak nie

2. Czy umożliwiono studentom zadawanie pytań?

tak nie

D. UWAGI I SPOSTRZEŻENIA KOMISJI HOSPITACYJNEJ

1. Komunikacja interpersonalna (relacja między prowadzącym praktyki opiekunem ze strony zakładu pracy a studentem)

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

2. Spostrzeżenia pozytywne, godne podkreślenia

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

3. Spostrzeżenia krytyczne

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

4. Wnioski i zalecenia

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

E. OCENA KOŃCOWA HOSPITUJĄCEGO(YCH)

wyróżniająca pozytywna negatywna

data

podpis(y) hospitującego(ych)

TRYB PRZEKAZYWANIA UWAG I ZALECEŃ

1. Protokoły z hospitacji mają charakter poufny, a wgląd do nich mają wyłącznie Prodziekan ds. dydaktycznych, osoby upoważnione przez Dziekana oraz bezpośredni przełożony hospitowanego
2. Hospitujący jest zobowiązany w ciągu 1 tygodnia po hospitacji omówić treść protokołu z przedstawicielem jednostki przyjmującej studenta na praktyki, przekazując mu uwagi i zalecenia.

Zapoznałam/łem się z treścią protokołu z hospitacji:

- a. zgadzam się z jego treścią,
- b. nie zgadzam się z jego treścią.

Mam uwagi do ocen wyrażonych w punktach (wymienić):

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

.....
Data i podpis osoby hospitowanej

.....
Data i podpis osoby hospitującej
(osób hospitujących)

DZIENNIK PRAKTYK DYPLOMOWYCH

(wypełnia student/studentka)

Rok akademicki...../.....**DANE STUDENTA**

1. Imię i nazwisko Nr indeksu.....
 2. Kierunek i rok studiów

MIEJSCE REALIZOWANIA PRAKTYK DYPLOMOWYCH

1. Instytut/Zakład
 2. Adres
 3. Imię i nazwisko osoby sprawującej nadzór nad realizacją praktyk dyplomowych

 4. Termin realizacji praktyk dyplomowych przez studenta

**OPIS PRZEBIEGU PRAKTYK DYPLOMOWYCH
 I ZAKRESU WYKONYWANYCH OBOWIĄZKÓW**

Nr dnia	Data	Opis
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

10		
11		
12		
13		
14		
15		

Potwierdzenie przez osobę sprawującą nadzór nad realizacją praktyk dyplomowych:

.....

podpis

.....
pieczęć Zakładu, w którym
realizowane są praktyki dyplomowe

ZASWIADCZENIE O ODBYCIU PRAKTYK DYPLOMOWYCH
(wypełnia opiekun praktyk dyplomowych)

Pan/i

Student/ka Wydziału

Kierunku studiów

Stopień studiów rok nr albumu

odbył/a praktyki dyplomowe w

(nazwa zakładu)

zgodnie z ustalonym programem w terminie od do

ARKUSZ OCENY KOMPETENCJI PRAKTYKANTA

Opis działań praktykanta	Ocena (proszę postawić krzyżyk w odpowiedniej kolumnie)				Symbole efektów uczenia się przewidzianych w sylabusie przedmiotu
	Bardzo dobra	Dobra	Dostateczna	Niedostateczna	
Kompetencje merytoryczne i praktyczne praktykanta					
Realizacja treści programowych					

Potwierdzenie odbycia praktyk przez uczelnianego opiekuna praktyk dyplomowych

Stopień realizacji efektów uczenia się: bardzo dobry/dobry/dostateczny/niedostateczny

Ocena końcowa z praktyk zawodowych:

Ewentualne uwagi odnośnie przebiegu praktyk:

.....
.....

Data, podpis