…………………………………………………………………………………

 *dane teleadresowe albo pieczęć Zakładu pracy*

…………………, dnia …………………

**ZAŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE OSIĄGNIĘCIE EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

**PRZYPISANYCH DO PRAKTYKI STUDENCKIEJ**

**w ramach: zatrudnienia, stażu lub wolontariatu lub …………………………………\***

Zaświadcza się, że w ……………………………………………………………………………………………………………………………… (*pełna nazwa i adres Zakładu pracy*)

**Pan/Pani ………………………….…………………………………………………………………**

student/studentka semestru ………… studiów stacjonarnych/niestacjonarnych\* pierwszego/drugiego\* stopniaprowadzonychna kierunku ……………………………………………………………………….…………………… na Wydziale Elektrotechniki, Automatyki, Informatyki i Inżynierii Biomedycznej w ramach: zatrudnienia, stażu lub wolontariatu lub …………………………………\*

wykonywał/a następujące zadania i/lub czynności\* w ramach zakresu obowiązków/zakresu czynności\*:

* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

co umożliwiło osiągnięcie efektów uczenia się przypisanych do praktyki zawodowej określonych
w programie studiów obowiązującym na ww. kierunku studiów, poziomie i profilu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| kod | Efekty uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętnościi kompetencji społecznych (student, który odbył praktykę zna i rozumie/potrafi/jest gotów do): | powiązanie z kierunkowymi efektami uczenia się | Sposób weryfikacji i oceny efektów uczenia się  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ... |  |  |  |

Jednocześnie zaświadcza się, że:

* okres wykonywania tych czynności nie jest krótszy niż wymiar praktyki zawodowej określony w programie studiów obowiązującym na ww. kierunku studiów, poziomie
i profilu;
* czynności te były wykonywane nie później niż w okresie ostatnich trzech lat.

*……………………………………………………………………………*

 *podpis upoważnionego przedstawiciela Zakładu pracy*

- - - - - - - -

ZALICZAM PRAKTYKĘ STUDENCKĄ / ODMAWIAM ZALICZENIA PRAKTYKI STUDENCKIEJ\*\*

*……………………………………………………………………………*

 *podpis opiekuna praktyk z ramienia AGH*

*\* niepotrzebne skreślić lub dodać*

*\*\* niepotrzebne skreślić*