

Imię i nazwisko studenta/ki:

Numer telefonu, e-mail:

Numer albumu:

Kierunek:

Rok i semestr studiów:

Tryb studiów: stacjonarne/niestacjonarne*

Forma studiów: pierwszego stopnia/drugiego stopnia/jednolite magisterskie*

Opole, dnia

Szanowna/y Pani/Pan

.....

Koordynator praktyk

na kierunku

w miejscu

PODANIE O WYDŁUŻENIE CZASU REALIZACJI PRAKTYKI OBOWIĄZKOWEJ

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wydłużenie czasu realizacji praktyki obowiązkowej ponad termin zalecany w harmonogramie studiów na kierunku, studia pierwszego/drugiego* stopnia, stacjonarne/niestacjonarne*.

Proponowany termin realizacji praktyki: oddo

Liczba godzin:

Wskazany powyżej termin nie będzie kolidował z innymi zajęciami wynikającymi z planu zajęć.

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

Podpis studenta

Opinia Koordynatora praktyk:
Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody*
.....
Data i podpis Koordynatora praktyk

* niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko studenta/ki:
Numer telefonu, e-mail:
Numer albumu:
Kierunek:
Rok i semestr studiów:
Tryb studiów: stacjonarne/niestacjonarne*
Forma studiów: pierwszego stopnia/drugiego stopnia*

Opole, dnia

Szanowna/y Pani/Pan

.....
Koordynator praktyk
na kierunku
w miejscu

**PODANIE O ZALICZENIE ZATRUDNIENIA/STAŻU PRACY
JAKO PRAKTYKI OBOWIĄZKOWEJ**

Zwracam się z prośbą o zaliczenie zatrudnienia/stażu*, który wykonywałem/łam
/wykonuję nadal* w
pełna nazwa organizacji/placówki/innego zakładu pracy

jako praktyki obowiązkowej, objętej planem na rok/semestr
w wymiarze godzin, tygodni. Zgodność zdobytego doświadczenia z
założonymi efektami uczenia się ustalonymi dla praktyki obowiązkowej - śródrocznej/ciągłej* na
kierunku poświadczony Dyrektorem organizacji/placówki/innego zakładu
pracy w następujących dokumentach:

- 1) zaświadczeniu o zatrudnieniu/stażu*,
- 2) wypełnionej *Opinii o studencie - pracowniku/stażyscie* organizacji/placówki/innego zakładu
pracy (wypełnia Dyrektor/Opiekun w organizacji/placówce/innym zakładzie pracy),
- 3) wypełnionej *Karcie oceny efektów uczenia się dla przedmiotu praktyka śródroczna/ciągła**.

.....
Czytelny podpis studenta

Opinia Koordynatora praktyk:
Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody*
..... Data i podpis Koordynatora praktyk

*Niepotrzebne skreślić

Opinia o studencie

(pracownika/stażyście organizacji/placówki/innego zakładu pracy)

(wypełnia Dyrektor/Opiekun w organizacji/placówce/innym zakładzie pracy)

Kierunek studiów: pierwszego stopnia/drugiego stopnia*

Tryb studiów: stacjonarny/niestacjonarny*

I. Dane dotyczące studenta zatrudnionego/stażysty* w organizacji/placówce/innym zakładzie pracy:

1. Nazwisko i imię:

2. Rok i semestr studiów:

3. Czas trwania zatrudnienia/stażu: oddo

II. Dane dotyczące organizacji/placówki/innego zakładu pracy:

1. Nazwa:

.....
.....

2. Nazwisko i imię osoby sprawującej bezpośrednią opiekę nad pracownikiem/stażystą*:

.....

III. Dane dotyczące wykonania przez pracownika/stażystę* czynności:

1. Zadania (zajęcia) realizowane przez pracownika samodzielnie

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

2. Inne

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

IV. Opinia o przygotowaniu pracownika/stażysty* do pracy w zakresie:

1. Przygotowanie rzeczowe i metodyczne:

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

2. Umiejętność integracji teorii z praktycznym działaniem:

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

3. Znajomość funkcjonowania organizacji/placówki/innego zakładu pracy:

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

.....

.....

V. Osobowościowe właściwości pracownika/stażysty* związane z jego przydatnością do zawodu

1. Umiejętność nawiązywania kontaktów społecznych (m. in. z dziećmi, podopiecznymi, kadrami instytucji/placówki, rodzicami, klientami, współpracownikami*):

.....

.....

.....

.....

2. Umiejętność właściwego opisywania i diagnozowania sytuacji, zjawisk i procesów będących przedmiotem zainteresowania ...*:

.....

.....

.....

.....

3. Takt i kultura osobista pracownika/stażysty*:

.....

.....

.....

.....

4. Zachowanie się pracownika w sytuacjach trudnych, stopień samodzielności i twórczej inwencji:

.....

.....

.....

.....

5. Podejście pracownika/stażysty* do zajęć i powierzonych mu prac:

.....

.....

.....

.....

6. Zainteresowania pracownika/stażysty*, jego zdolności i przydatność do zawodu:

.....

.....

.....

.....

VI. Ogólna ocena pracownika/stażysty*: (stopnie: bardzo dobry, dobry [+, -] dostateczny [+,-], niedostateczny)

*niepotrzebne skreślić lub dostosować do specyfiki kierunku studiów

Podpis Dyrektora organizacji/placówki/innego zakładu pracy

Pieczęć organizacji/placówki/innego zakładu pracy

Imię i nazwisko studenta/ki:

Numer telefonu, e-mail:

Numer albumu:

Kierunek:

Rok i semestr studiów:

Tryb studiów: stacjonarne/niestacjonarne*

Forma studiów: pierwszego stopnia/drugiego stopnia*

Opole, dnia

Szanowna/y Pani/Pan

.....
Koordynator praktyk

na kierunku

w miejscu

**Podanie o zaliczenie wolontariatu
jako praktyki obowiązkowej**

Zwracam się z prośbą o zaliczenie wolontariatu, który wykonywałem/łam /wykonuję nadal* w

..... pełna nazwa organizacji/placówki/innego zakładu pracy
jako praktyki obowiązkowej, objętej planem na rok/semestr
w wymiarze godzin, tygodni. Zgodność zdobytego doświadczenia z założonymi efektami uczenia się ustalonymi dla praktyki obowiązkowej - śródrocznej/ciągłej* na kierunku Praca socjalna poświadczony Dyrektor organizacji/placówki/innego zakładu pracy w następujących dokumentach:

- 1) zaświadczeniu o realizacji wolontariatu,
- 2) wypełnionej *Opinii o studencie - wolontariuszu* organizacji/placówki/innego zakładu pracy i (wypełnia Dyrektor/Opiekun wolontariatu w organizacji/placówce/inym zakładzie pracy),
- 3) wypełnionej *Karcie oceny efektów uczenia się dla przedmiotu praktyka śródroczna/ciągła**.

.....
Czytelny podpis studenta**Opinia Koordynatora praktyk:**

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody*

.....
Data i podpis Koordynatora praktyk

* Niepotrzebne skreślić

Opinia o studencie

(wolontariuszu w organizacji/placówce/innym zakładzie pracy)

(wypełnia Dyrektor/Opiekun w organizacji/placówce/innym zakładzie pracy)

Kierunek studiów: pierwszego stopnia/drugiego stopnia*

Tryb studiów: stacjonarny/niestacjonarny*

I. Dane dotyczące studenta-wolontariusza:

1. Nazwisko i imię:

2. Rok i semestr studiów:

3. Czas trwania wolontariatu oddo

II. Dane dotyczące organizacji/placówki/innego zakładu pracy:

1. Nazwa:

.....

2. Nazwisko i imię osoby sprawującej bezpośrednią opiekę nad wolontariuszem:

.....

III. Dane dotyczące wykonania przez wolontariusza czynności:

4. Zadania (zajęcia) realizowane samodzielnie

.....

.....

5. Inne

.....

.....

.....

IV. Opinia o przygotowaniu wolontariusza do pracy w zakresie

1. Przygotowanie rzeczowe i metodyczne:

.....

.....

.....

.....

2. Umiejętność integracji teorii z praktycznym działaniem:

.....

.....

.....

.....

.....

6. Znajomość funkcjonowania organizacji/placówki/institucji pomocowej:

.....

.....

.....

.....

V. Osobowościowe właściwości wolontariusza związane z jego przydatnością do zawodu

1. Umiejętność nawiązywania kontaktów społecznych (z dziećmi, podopiecznymi, kadrami organizacji/placówki/instytucji, rodzicami, klientami, współpracownikami*):

.....

.....

.....

.....

2. Umiejętność właściwego opisywania i diagnozowania sytuacji, zjawisk i procesów będących przedmiotem zainteresowania

.....

.....

.....

.....

3. Takt i kultura osobista wolontariusza:

.....

.....

.....

.....

4. Zachowanie się wolontariusza w sytuacjach trudnych, stopień samodzielności i twórczej inwencji:

.....

.....

.....

.....

5. Stosunek wolontariusza do zajęć i powierzonych mu prac:

.....

.....

.....

.....

6. Zainteresowania wolontariusza, jego zdolności i przydatność do zawodu:

.....

.....

.....

.....

VI. Ogólna ocena wolontariusza: (stopnie: bardzo dobry, dobry [+, -] dostateczny [+,-], niedostateczny)

*niepotrzebne skreślić lub dostosować do specyfiki kierunku studiów

Podpis Dyrektora organizacji/placówki/innego zakładu pracy

Pieczęć organizacji/placówki/innego zakładu pracy

KIERUNEK	
Studia pierwszego/drugiego* stopnia	
Rok akademicki:/.....	Data opracowania opinii:

**KARTA OCENY EFEKTÓW UCZENIA SIĘ DLA PRZEDMIOTU
PRAKTYKA ŚRÓDROCZNA/CIĄGŁA*
(harmonogram od)**

(wypełnia Dyrektor/Opiekun w organizacji/placówce/innym zakładzie pracy)

Imię i nazwisko studenta:
Okres realizacji: od do
Nazwa w organizacji/placówce/innym zakładzie pracy

Wybrane odpowiedzi proszę zaznaczyć znakiem X.

Obszary	Efekty uczenia się dla przedmiotu	Ocena					
		5,0	4,5	4,0	3,5	3,0	Brak
Wiedza							
Umiejętności							
Kompetencje społeczne							
Inne uwagi:							
Ogólna ocena studenta wg skali: bardzo dobry (5,0); dobry plus (4,5); dobry (4,0); dostateczny plus (3,5); dostateczny (3,0); niedostateczny (2,0).							

*Niepotrzebne skreślić lub dostosować do specyfiki kierunku studiów

Podpis Dyrektora organizacji/placówki/innego zakładu pracy

Pieczęć organizacji/placówki/innego zakładu pracy