Załącznik nr 1.

Uniwersytet Wrocławski

Wydział Nauk Społecznych

Kierunek studiów……………………………………………………..

Imię i nazwisko studenta….……………………………………Nr indeksu…………………

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\* |  |  |  |
| 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 WNS, publikowanej na stronie www Wydziału | TAK | NIE |

\* - proszę wpisać kierunek realizowany na WNS; \*\* - 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 ……………………………………………………………….

**Klauzula informacyjna**

**Informacja Uniwersytetu Wrocławskiego o przetwarzaniu danych osobowych dla osób z zakładów pracy/instytucji (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 Społecznych 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** ………………………………………

Załącznik nr 2.

Uniwersytet Wrocławski

Wydział Nauk Społecznych

**DZIENNIK PRZEBIEGU PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

Kierunek studiów……………………………………………………..

Imię i nazwisko studenta….……………………………………Nr indeksu…………………

Miejsce odbywania praktyki: ---------------------------------------------------------------

Czas trwania praktyki: ------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  LP**.** | Data dzienna, przedział godzinowy | Opis wykonywanych prac, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji |  Podpis opiekuna praktyki w podmiocie jej realizacjistwierdzające wykonanie danego zadania | Symbolika efektów uczenia się zakładanych dla praktyki w sylabusie przedmiotu*(wypełnia*  kierunkowy *opiekun praktyk)* |
|  |   |   |   |   |
|   |   |  |   |    |
|   |   |   |   |    |

……………………………………………………………………

data, podpis studenta

………………………………………………………………………

data, podpis opiekuna praktyki w miejscu realizacji praktyki

Załącznik nr 3.

Uniwersytet Wrocławski

Wydział Nauk Społecznych

**PROTOKÓŁ HOSPITACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH
z dnia………………….**

Kierunek studiów……………………………………………………..Forma studiów…………………………

Imię i nazwisko studenta….……………………………………Nr indeksu…………………

Miejsce odbywania praktyki………………………………………………………………………

Czas trwania praktyki………………………………………………………………………………..

Nazwa zakładu pracy ……………………………………………………………………………..

Kierunkowy opiekun praktyk …………………….…………………………………………..

**1.** Czy zakres przedmiotowy praktyk odpowiada kierunkowi studiów?

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

**2.** Czy zakładowy opiekun praktyki wykonuje swoje zadania?

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

**3.** Czy realizowany jest program praktyk?

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

**4.** Czy stworzono warunki organizacyjne niezbędne do realizacji praktyki?

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

**5.** Czy zapoznano praktykanta ze strukturą organizacyjną orgnizatora praktyki?

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

**6.** Inne uwagi …………………………………………………………………………..……….

**Hospitujący: …………………………………………………………**

Załącznik nr 4.

Uniwersytet Wrocławski

Wydział Nauk Społecznych

**ANKIETA EWALUACYJNA MIEJSCA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

*(wypełnia student)*

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

| **Komponenty i kryteria oceny** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **Nie mam zdania** | **Nie dotyczy** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nadzór opiekuna w miejscu praktyk** |
| Opieka merytoryczna ze strony osoby wyznaczonej przez pracodawcę |  |  |  |  |  |  |  |
| Wyczerpująca informacja zwrotna od zakładowego opiekuna praktyki (na temat jakości wykonanych zadań/czynionych postępów) |  |  |  |  |  |  |  |
| Stopień trudności zlecanych 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 praktykantowi zadań  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dostęp do oprogramowania niezbędnego do wykonywania zleconych praktykantowi zadań |  |  |  |  |  |  |  |
| Dostęp do sprzętu niezbędnego do wykonywania zleconych praktykantowi zadań |  |  |  |  |  |  |  |
| Dostęp do materiałów merytorycznych (książek, opracowań, publikacji, dokumentacji) niezbędnych do wykonywania zleconych zadań |  |  |  |  |  |  |  |
| **Efekty praktyki zawodowej**  |
| Uzyskana wiedza zbieżna z profilem działalności danego podmiotu/instytucji |  |  |  |  |  |  |  |
| Uzyskana wiedza zbieżna ze studiowaną dyscypliną/kierunkiem studiów |  |  |  |  |  |  |  |
| Uzyskane umiejętności zbieżne z profilem działalności danego podmiotu/instytucji |  |  |  |  |  |  |  |
| Uzyskane umiejętności zbieżne ze studiowaną dyscypliną/kierunkiem studiów |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogólna ocena przebiegu praktyki zawodowej** |  |  |  |  |  |  |  |

Załącznik nr 5.

Uniwersytet Wrocławski

Wydział Nauk Społecznych

**ZAŚWIADCZENIE O ZREALIZOWANIU PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

Pan/i ……………………………….................…………………………………………………………………….……………….

Student/Studentka kierunku studiów …………………………………..………………………………………………

Stopień studiów ……………… rok ……………… nr albumu …………………………………..…………………

zrealizował/a praktykę

w:.............................................................................................................................

 (*nazwa podmiotu, w którym student realizował praktykę*)

zgodnie z ustalonym programem w terminie od …………………..…… do …………..….………

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

 (*podpis osoby upoważnionej w miejscu realizacji praktyki*)

**Potwierdzenie odbycia praktyk przez kierunkowego opiekuna praktyk**

Na podstawie analizy Dziennika przebiegu praktyki zawodowej potwierdzam, że wszystkie efekty uczenia się zostały zrealizowane.

Opinia na temat przebiegu praktyki zawodowej studenta(tki): .....................................................................................................

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

*(podpis kierunkowego opiekuna praktyk zawodowych)*