Białystok, dn. …………………

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

imię i nazwisko studenta

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

nr albumu

Farmacja, VI rok

kierunek i rok studiów

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

telefon kontaktowy

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

adres e-mail (w domenie student.umb.edu.pl)

prof. dr hab. Wojciech Miltyk

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej

Uniwersytetu Medycznego w Białystoku

**WNIOSEK O ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ NA PODSTAWIE ZATRUDNIENIA,**

**STAŻU LUB WOLONTARIATU POTWIERDZAJĄCEGO OSIĄGNIĘCIE EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

Zwracam się z wnioskiem o zaliczenie praktyki zawodowej (należy wpisać nazwę):

…………………………………………………………………………………………………...……………….…… w liczbie ………… godzin dydaktycznych na podstawie zatrudnienia/stażu/wolontariatu\* w:

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

W ramach zatrudnienia/stażu/wolontariatu\* uzyskałam/-em następujące efekty uczenia się (należy wskazać efekty uczenia się z programu praktyk):

w zakresie wiedzy: ………………………………………………………………………………………………….….

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

w zakresie umiejętności: ……………………………………………………………………………………………….

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

w zakresie kompetencji społecznych: ………………………………………………………………………………….

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

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

podpis studenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić

Załączniki:

1. ....................................................................................................................................................................................
2. ....................................................................................................................................................................................
3. ....................................................................................................................................................................................

**OPINIA OPIEKUNA PRAKTYKI ZAWODOWEJ Z RAMIENIA UCZELNI**

Potwierdzam, że efekty uczenia się uzyskane w ramach praktyki zawodowej (należy wpisać nazwę):

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

wskazane przez studenta (należy wpisać imię, nazwisko i nr albumu studenta):

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

a)\* obejmują pełny zakres efektów uczenia się przypisanych do tej praktyki zawodowej

b)\* obejmują częściowy zakres efektów uczenia się przypisanych do tej praktyki zawodowej, za wyjątkiem (należy wskazać efekty uczenia się, których student nie osiągnął):

w zakresie wiedzy: ………………………………………………………………………………………………….….

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

w zakresie umiejętności: ……………………………………………………………………………………………….

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

w zakresie kompetencji społecznych: ………………………………………………………………………………….

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

c)\* nie obejmują efektów uczenia się przypisanych do tej praktyki zawodowej.

…………………………………….

data

…………………………………………………

podpis Opiekuna praktyki zawodowej

z ramienia Uczelni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić

**DECYZJA**

**DZIEKANA/PRODZIEKANA**

**WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO Z ODDZIAŁEM MEDYCYNY LABORATORYJNEJ**

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU**

1\*. Wyrażam zgodę na zaliczenie praktyki zawodowej (należy wpisać nazwę):

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

* + 1. w całości\*
    2. w części\* (należy wskazać symbole efektów uczenia się, których student nie osiągnął):

w zakresie wiedzy: ……………………………………………………...………………………………………….….

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

w zakresie umiejętności: ……………………………………………………………………………………………….

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

w zakresie kompetencji społecznych: ……………...………………………………………………………………….

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

Pani/Panu………………………………………………………. (należy wpisać imię, nazwisko i nr albumu studenta):

na podstawie zatrudnienia/stażu/wolontariatu\* potwierdzającego osiągnięcie efektów uczenia się.

2\*. Nie wyrażam zgody na zaliczenie praktyki zawodowej (należy wpisać nazwę):

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

Pani/Panu………………………………………………………. (należy wpisać imię, nazwisko i nr albumu studenta):

na podstawie zatrudnienia/stażu/wolontariatu\* potwierdzającego osiągnięcie efektów uczenia się.

…………………………………….

data

……………………………………………………………

data i podpis Dziekana/Prodziekana

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić