**Załącznik nr 6 do Regulaminu studenckich praktyk zawodowych**

**FORMULARZ POTWIERDZAJĄCY MOŻLIWOŚĆ OSIĄGNIĘCIA PRZEZ STUDENTA**

**EFEKTÓW UCZENIA W PRZYPADKU PRAKTYKI ZAWODOWEJ REALIZOWANEJ ZA GRANICĄ**

**CZĘŚĆ I**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 „RODO” informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie: ul. Sucharskiego 2, 35 – 225 Rzeszów („WSiZ”).
2. WSiZ wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w Wyższej Szkole Informatyki i Zarządzania (IOD) email: iod@wsiz.edu.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu i zakresie niezbędnym do realizacji praktyki zawodowej Studenta na podstawie art. 6 ust. 1 lit b), c) i d) RODO,
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów wskazanych w punkcie 3).
5. Dane osobowe nie będą nikomu udostępniane, chyba że będzie to niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest WSiZ, niezbędne do zrealizowania praktyki zawodowej lub wynikać to będzie z przepisów prawa.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
7. Udostępnione dane nie będą podlegały profilowaniu.
8. Przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, a także do dokonywania zmian, żądania ich usunięcia na zasadach określonych w RODO.
9. Z Administratorem można skontaktować się pisemnie na adres siedziby Administratora.

**Ja niżej podpisany/-na oświadczam, że wszystkie podane dane dot. realizacji praktyk zawodowych są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

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

*data i podpis Studenta*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Studenta |  |
| Numer albumu |  |
| Adres zamieszkania Studenta,numer telefonu |  |
| Semestr, stopień, kierunek i forma studiów |  |
| **Specjalność** |  |
| Rodzaj praktyki  |  |
| Liczba godzin praktyki |  |

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

*podpis Koordynatora kierunkowego*

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Zakładu Pracy  |  |
| Adres Zakładu Pracy |  |
| Miejsce realizacji praktyki *(jeśli inne niż adres Zakładu pracy)* |  |
| **Data rozpoczęcia praktyki zawodowej** |  |
| **Data zakończenia praktyki zawodowej** |  |
| **Czy Zakład Pracy spełnia kryteria miejsca realizacji praktyki określone w Karcie przedmiotu?** | * Tak
* Nie
 | **Uwagi** |
| **Czy zakres działalności Zakładu Pracy umożliwia realizację efektów uczenia się**  | * Tak
* Nie
 | **Uwagi** |
| **Czy wyposażenie stanowisk pracy umożliwia realizację efektów uczenia się** | * Tak
* Nie
 | **Uwagi** |
| **Podczas realizacji praktyki gromadzone będzie portfolio (przykłady zadań wykonywanych podczas praktyki zawodowej), które zostanie obowiązkowo dołączone do Dziennika praktyki** |

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Regulaminu studenckich praktyk zawodowych WSIiZ dostępnym pod adresem:

<https://wsiz.edu.pl/dla-studenta/obowiazkowe-praktyki-zawodowe/>

oraz wskazanymi niżej zasadami realizacji praktyki zawodowej i akceptuję zawarte w nich zapisy

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

*pieczęć Zakładu Pracy i podpis osoby upoważnionej*

**Załącznik nr 6 do Regulaminu studenckich praktyk zawodowych**

**ZASADY REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

1. Koordynatorem uczelnianym praktyki jest P. Artur Chmaj (tel. 17 866 11 20, achmaj@wsiz.edu.pl).
2. Opiekunem praktyki ze strony Uczelni - Koordynatorem kierunkowym jest P. ……….………….……… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (telefon, e-mail).
3. Za realizację porozumienia ze strony Zakładu Pracy odpowiedzialna/y jest P. …….……………………. ……………………………………………………………., wskazana/y w II części niniejszego arkusza.
4. Zakład Pracy zobowiązany jest do zapewnienia warunków niezbędnych do realizacji praktyki, w szczególności do:
5. zapewnienia odpowiednich stanowisk pracy, pomieszczeń, warsztatów, urządzeń, narzędzi i materiałów umożliwiających Studentowi osiągnięcie efektów uczenia się wskazanych w Karcie praktyki;
6. zapoznania Studenta z zakładowym regulaminem pracy, przepisami o bezpieczeństwie i higienie pracy oraz o ochronie informacji prawnie chronionej;
7. nadzoru nad wykonywaniem przez Studenta zadań wynikających z programu praktyki;
8. zapewnienia Studentowi na czas odbywania praktyki odzieży roboczej i ochronnej oraz sprzętu ochrony osobistej i środków higieny, przewidzianych w przepisach o bezpieczeństwie i higienie pracy, jeżeli stanowisko pracy tego wymaga;
9. umożliwienia Studentowi w trakcie praktyki nabycia wiedzy i materiałów potrzebnych przy pisaniu pracy dyplomowej.
10. Uczelnia nie pokrywa kosztów związanych z organizacją praktyki.
11. Za czas pobytu na praktyce Student nie będzie otrzymywał wynagrodzenia, chyba że Zakład Pracy zadecyduje inaczej.
12. Student jest zobowiązany we własnym zakresie do ubezpieczenia się od następstw nieszczęśliwych wypadków w okresie obywania praktyki. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku, Student ponosi skutki braku takiego ubezpieczenia.
13. Student zobowiązuje się do:
14. przestrzegania zasad odbywania praktyki określonych przez Uczelnię i Zakład Pracy.
15. odbywania praktyki w godzinach wolnych od zajęć dydaktycznych.
16. należytego wykonywania obowiązków związanych z realizacją praktyki zgodnie z Kartą praktyki.
17. wykonywania poleceń Zakładu Pracy oraz opiekuna praktyki w zakresie czynności objętych Kartą praktyki.
18. przestrzegania zasad bezpieczeństwa i higieny pracy obowiązujących w Zakładzie Pracy.
19. nie ujawniania informacji poufnych, w tym stanowiących informacje prawnie chronione oraz tajemnice handlowe Zakładu Pracy, z którymi Student zapozna się w trakcie odbywania praktyki.
20. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków nałożonych na Studenta w związku z realizowaną praktyką, Zakład Pracy może od niej odstąpić, powiadamiając Uczelnię o tym w formie pisemnej lub elektronicznej.

**Załącznik nr 6 do Regulaminu studenckich praktyk zawodowych**

**FORMULARZ POTWIERDZAJĄCY MOŻLIWOŚĆ OSIĄGNIĘCIA PRZEZ STUDENTA**

**EFEKTÓW UCZENIA W PRZYPADKU PRAKTYKI ZAWODOWEJ REALIZOWANEJ ZA GRANICĄ**

**CZĘŚĆ II**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 „RODO” informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie: ul. Sucharskiego 2, 35 – 225 Rzeszów („WSiZ”).
2. WSiZ wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w Wyższej Szkole Informatyki i Zarządzania (IOD) email: iod@wsiz.edu.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu i zakresie niezbędnym do realizacji praktyki zawodowej Studenta na podstawie art. 6 ust. 1 lit b), c) i d) RODO,
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów wskazanych w punkcie 3).
5. Dane osobowe nie będą nikomu udostępniane, chyba że będzie to niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest WSiZ, niezbędne do zrealizowania praktyki zawodowej lub wynikać to będzie z przepisów prawa.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
7. Udostępnione dane nie będą podlegały profilowaniu.
8. Przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, a także do dokonywania zmian, żądania ich usunięcia na zasadach określonych w RODO.
9. Z Administratorem można skontaktować się pisemnie na adres siedziby Administratora.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Opiekuna praktyki ze strony Zakładu Pracy  |  |
| Telefon kontaktowy Opiekuna praktyki ze strony Zakładu Pracy  |  |
| E-mail kontaktowy Opiekuna praktyki ze strony Zakładu Pracy (na podany e-mail WSIiZ prześle link do systemu e-praktyk)  |  |
| Ja niżej podpisany/a oświadczam, że **spełniam kryteria doboru Opiekuna zakładowego określone w Karcie praktyki, w tym posiadam:**Wykształcenie:* wyższe magisterskie
* wyższe licencjackie/inżynierskie
* średnie

Staż pracy na stanowisku lub w charakterze wykonującego czynności w obszarach zawodowych związanych z danym kierunkiem studiów, w wymiarze:* powyżej 5 lat
* 3 - 5 lat
* poniżej 3 lat

Dodatkowe kwalifikacje:* doświadczenie w opiece nad praktykami Studentów danego kierunku studiów
* inne (wymienić poniżej):

…………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………**Zobowiązuję się do wykonywania poniższych czynności związanych z realizacją praktyki przez Studenta:*** ustalanie i nadzór nad harmonogramem praktyk zawodowych Studenta (weryfikowanie obecności Studenta, punktualności, przestrzegania porządku oraz właściwego zachowania)
* zabezpieczenie stanowiska pracy Studenta,
* zlecanie Studentowi zadań zgodnych z kartą przedmiotu,
* sprawowania merytorycznej opieki nad czynnościami realizowanymi przez Studenta podczas praktyki, w tym weryfikacja zadań wykonanych przez Studenta oraz pomoc w przygotowaniu portfolio,
* bieżący kontakt z Koordynatorem kierunkowym, w tym informowanie o ewentualnych nieprawidłowościach w przebiegu praktyki,
* weryfikacja wpisów dokonywanych przez Studenta w Dzienniku praktyki,
* po zakończeniu praktyki - wystawienie Studentowi oceny za każdy efekt uczenia się oraz wypełnienie ankiety
 |

Potwierdzam możliwość osiągnięcia przez Studenta efektów uczenia się zawartych w Karcie praktyki. Jednocześnie w trakcie realizacji praktyk zobowiązuje się do kontaktu z Koordynatorem kierunkowym ds. praktyk zawodowych w celu weryfikacji prawidłowości osiąganych przez Studenta efektów uczenia się.

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

*podpis Opiekuna praktyki ze strony Zakładu Pracy*

|  |
| --- |
| **Decyzja Koordynatora kierunkowego:*** zgoda na realizację praktyki
* brak zgody z powodu ……………………………………………………………………………………………………………
 |

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

*podpis Koordynatora kierunkowego*