

....., dnia:
dane teleadresowe lub pieczęć Instytucji

POTWIERDZENIE KOMPETENCJI OPIEKUNA PRAKTYK Z RAMIENIA INSTYTUCJI

Dane opiekuna praktyk z ramienia Instytucji:

Nazwisko i imię:

Zajmowane stanowisko:

Wykształcenie:

Staż pracy:

Potwierdzam, że Pan/Pani:

.....
nazwisko i imię opiekuna praktyk z ramienia Instytucji

posiada niezbędne kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe, które umożliwiają jej pełnienie funkcji opiekuna praktyk z ramienia Instytucji. Osoba ta wykazuje się odpowiedzialnością, umiejętnością efektywnego nadzorowania studentów, a także gotowością do udzielania wsparcia merytorycznego i praktycznego w trakcie realizacji praktyk w naszej Instytucji, co gwarantuje wysoką jakość procesu edukacyjnego.

.....
Miejscowość, data, imię i nazwisko, podpis osoby upoważnionej z ramienia Instytucji

Wypełnia opiekun praktyk z ramienia Katedry Chemii:

Wymagania kwalifikacyjne dla opiekuna praktyk z ramienia Instytucji			
Kryterium	Wymagania	TAK	NIE
Wykształcenie	co najmniej zawodowe o odpowiedniej specjalności		
Staż pracy:	co najmniej 1 rok pracy		
Opieka nad praktykantami	(opcjonalnie) czy pełniono wcześniej funkcję opiekuna praktyk		

Zatwierdzam/nie zatwierdzam* Pana/Panią*:

.....
nazwisko i imię opiekuna praktyk z ramienia Instytucji

na opiekuna praktyk studenckich z ramienia Instytucji

.....
Miejscowość, data, podpis opiekuna praktyk z ramienia Katedry Chemii

* - niewłaściwe skreślić