Załącznik 1 do Decyzji Dziekana WS Nr 20/2023

**A** Siedlce, dn. ……………………...

dr Renata Matysiuk

*tytuł/stopień naukowy, imię i nazwisko kierunkowego opiekuna praktyk*

25 6431829, renata.matysiuk@uws.edu.pl

*tel. kontaktowy, e-mail do opiekuna kierunkowego praktyk*

Podyplomowe Studia Przygotowujące do Wykonywania Zawodu Nauczyciela

w Zakresie Edukacji i Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną

*kierunek studiów*

Instytut Pedagogiki

*nazwa instytutu odpowiedzialnego za prowadzenie kierunku studiów*

Wydział Nauk Społecznych

Uniwersytetu w Siedlcach

**Szanowny/a Pan/i**

…………………………………………………………………………………..

 *imię i nazwisko osoby kierującej jednostką przyjmującą*

………………………………………………………………………………….

 *pełna nazwa jednostki przyjmującej*

**SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ**

Instytut Pedagogiki Uniwersytetu w Siedlcach zwraca się z uprzejmą prośbą o przyjęcie Słuchacza …………………………………………………………………………………………………Podyplomowych Studiów Przygotowujących do Wykonywania Zawodu Nauczyciela w Zakresie Edukacji i Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną na praktykę zawodową w łącznym wymiarze 60 godzin, która może być zrealizowana w terminie grudzień 2024- styczeń 2025 .

 Z poważaniem

…………………………………………………………….

  *podpis kierunkowego opiekuna praktyk*

 **B ZGODA NA ODBYCIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

………………………………………………………………………………………………………………………….reprezentowany przez

 *nazwa zakładu pracy*

……………………………………………………………………………………………………….wyraża zgodę na odbycie praktyki

 *imię i nazwisko osoby kierującej jednostką przyjmującą*

 zawodowej przez studenta Uniwersytetu w Siedlcach………………………………………………..………………………

  *imię i nazwisko studenta/ki*

w terminie……………………………………………………………………………. Miejscem odbywania praktyk będzie

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

 *adres*

Funkcję opiekuna praktyki w jednostce przyjmującej pełnić będzie …………………………………………………,

 *imię i nazwisko opiekuna praktyk w jednostce przyjmującej*

tel. kontaktowy ……………………………………………… .

Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie jednostka spełnia warunki umożliwiające osiągnięcie przez Słuchacza Podyplomowych Studiów Przygotowujących do Wykonywania Zawodu Nauczyciela w Zakresie Edukacji i Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną

określonego w regulaminie praktyk wykazu efektów uczenia się oraz realizację przyjętego
w regulaminie programu praktyki zawodowej.

 ……………………………………………………………….

 *pieczęć i podpis przedstawiciela jednostki przyjmującej*