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*