

**POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI
EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

Praktyka kierunkowa, semestr 2

na kierunku Filologia, ścieżka glottodydaktyczna
dla naboru 2022/23

Poziom kształcenia: studia pierwszego stopnia

Forma kształcenia: stacjonarna

Imię i nazwisko studenta.....

Miejsce realizacji praktyki.....

.....
(pełna nazwa zakładu pracy)

Nr	Efekty uczenia się
1	zna i rozumie specyfikę, misję, cele, organizację pracy oraz plany działań i rozwoju podmiotu, w którym odbywa się praktyka
2	zna i rozumie zasady funkcjonowania podmiotu, w którym odbywa się praktyka, oraz obowiązujące w nim akty prawne, realizowane zadania, sposoby ich realizacji i prowadzenia niezbędnej dokumentacji
3	potrafi prowadzić obserwację zadań wykonywanych przez zakładowego opiekuna i/lub innych pracowników podmiotu oraz stosowanych przez nich metod i technik pracy
4	potrafi prowadzić obserwację interakcji o charakterze zawodowym prowadzonych w podmiocie, w którym odbywa praktykę, w tym obserwację procesów komunikacji interpersonalnej i międzykulturowej w języku angielskim
5	potrafi dokumentować przebieg praktyk, formułować własne wnioski wynikające z obserwacji, analizować wybrane aspekty pracy oraz interpretować zaobserwowane i/lub doświadczane sytuacje i zdarzenia zawodowe, zarówno typowe dla środowiska pracy, w którym odbywa się praktyka, jak i trudne do przewidzenia
6	potrafi współdziałać z zakładowym opiekunem praktyk i/lub innymi pracownikami danego podmiotu przy wykonywaniu czynności zawodowych wymagających użycia języka angielskiego w mowie i/lub piśmie
7	potrafi skutecznie komunikować się z otoczeniem, w tym przełożonymi i współpracownikami
8	potrafi planować i realizować rozwój własnych umiejętności zawodowych i językowych

9	jest gotów do otwartości na nowe doświadczenia
10	jest gotów przestrzegać zasad etycznych w miejscu pracy
11	jest gotów do rzetelnego i odpowiedzialnego wykonywania zleconych zadań

Niniejszym zaświadczam, że w zakładzie pracy istnieje możliwość zrealizowania ww. efektów uczenia się.

.....
Data i podpis zakładowego opiekuna
praktyk, zajmowane stanowisko

.....
nr telefonu lub adres e-mail zakładowego
opiekuna praktyk

Akceptuję

.....
Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk