

**POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI
EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

Praktyka zawodowa, semestr 5

na kierunku Filologia, ścieżka tłumaczeniowo-biznesowa
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 zasady funkcjonowania podmiotu, w którym odbywa się praktyka, oraz obowiązujące w nim akty prawne, realizowane zadania, sposoby ich realizacji i prowadzenia niezbędnej dokumentacji
2	zna i rozumie zasady komunikacji ustnej i/lub pisemnej, a także rejestry językowe stosowane w zawodzie tłumacza
3	potrafi analizować wybrane aspekty pracy tłumacza oraz interpretować zaobserwowane i/lub doświadczane sytuacje i zdarzenia zawodowe
4	potrafi wykorzystywać w praktyce wiedzę teoretyczną oraz praktyczne umiejętności i strategie posługiwania się językiem angielskim w celu wykonywania zleconych zadań zawodowych, w szczególności tłumaczeń ustnych i/lub pisemnych
5	potrafi wykorzystać strategie i techniki tłumaczeniowe w tłumaczeniu tekstów, w tym tekstów specjalistycznych;
6	potrafi dokonać analizy oraz korekty własnej pracy tłumaczeniowej
7	potrafi wykorzystać nowoczesne narzędzia technologiczne w pracy z tekstem, w tym narzędzia CAT
8	potrafi planować i organizować pracę własną
9	potrafi współdziałać z zakładowym opiekunem praktyk i innymi pracownikami danego podmiotu przy wykonywaniu czynności zawodowych
10	jest gotów do krytycznej oceny swoich umiejętności oraz pogłębiania posiadanej wiedzy

11	jest gotów do zasięgnięcia opinii ekspertów w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemu
12	jest gotów przestrzegać zasad etycznych, dbając o dorobek i tradycje zawodu, powierzone zadania wykonuje w sposób rzetelny i odpowiedzialny

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