**Załącznik nr 4 do Regulaminu studenckich praktyk zawodowych**

**dla kierunku studiów FILOLOGIA**

**Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie**

**ARKUSZ PRAKTYKI ZAWODOWEJ – własna działalność gospodarcza**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46 WE „RODO” informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie: ul. Sucharskiego 2, 35 – 225 Rzeszów („WSiZ”).
2. WSiZ wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w Wyższej Szkole Informatyki i Zarządzania (IOD) email: iod@wsiz.edu.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu i zakresie niezbędnym do realizacji praktyki zawodowej Studenta na podstawie art. 6 ust. 1 lit b), c) i d) RODO,
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów wskazanych w punkcie 3).
5. Dane osobowe nie będą nikomu udostępniane, chyba że będzie to niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest WSiZ, niezbędne do zrealizowania praktyki zawodowej lub wynikać to będzie z przepisów prawa.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
7. Udostępnione dane nie będą podlegały profilowaniu.
8. Przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, a także do dokonywania zmian, żądania ich usunięcia na zasadach określonych w RODO.
9. Z Administratorem można skontaktować się pisemnie na adres siedziby Administratora.

**Ja niżej podpisany/-na oświadczam, że wszystkie podane dane dot. realizacji praktyki zawodowej są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.......................................................................................

*data i podpis Studenta*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Studenta |  |
| Numer albumu |  |
| Adres zamieszkania Studenta,  numer telefonu |  |
| Semestr, stopień, kierunek i forma studiów |  |
| **Specjalność** |  |
| Rodzaj praktyki |  |
| Liczba godzin praktyki |  |

.......................................................................................

*podpis Koordynatora kierunkowego*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa Zakładu Pracy |  | |
| Adres Zakładu Pracy |  | |
| Miejsce realizacji praktyki  *(jeśli inne niż adres Zakładu pracy)* |  | |
| **Data rozpoczęcia praktyki zawodowej** |  | |
| **Data zakończenia praktyki zawodowej** |  | |
| **Czy Zakład Pracy spełnia kryteria miejsca realizacji praktyki określone w Karcie przedmiotu?** | * Tak * Nie | **Uwagi** |
| **Czy zakres działalności Zakładu Pracy umożliwia realizację efektów uczenia się** | * Tak * Nie | **Uwagi** |
| **Czy wyposażenie stanowisk pracy umożliwia realizację efektów uczenia się** | * Tak * Nie | **Uwagi** |
| **Podczas realizacji praktyki gromadzone będzie portfolio (przykłady zadań wykonywanych podczas praktyki zawodowej), które zostanie obowiązkowo dołączone do Dziennika praktyki** | | |

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Regulaminu studenckich praktyk zawodowych WSIiZ dostępnym pod adresem:

<https://wsiz.edu.pl/dla-studenta/obowiazkowe-praktyki-zawodowe/>

oraz wskazanymi niżej zasadami realizacji praktyki zawodowej i akceptuję zawarte w nich zapisy

.............................................................................................

*pieczęć Zakładu Pracy i podpis Studenta*

|  |
| --- |
| **Decyzja Koordynatora kierunkowego:**   * zgoda na realizację praktyki * brak zgody z powodu …………………………………………………………………………………………………………… |

.......................................................................

*podpis Koordynatora kierunkowego*

**Załącznik nr 5 do Regulaminu studenckich praktyk zawodowych**

**dla kierunku studiów FILOLOGIA**

............................................................... Rzeszów, ......................................

Imię i Nazwisko

...............................................................

nr albumu

...............................................................

kierunek studiów, semestr

................................................................

forma studiów

Oświadczenie Studenta

prowadzącego własną działalność gospodarczą

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że w terminie od ……………..…… do ………..……….. w prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej pod nazwą/firmą …………………..……….………………………………………………………………..………….. będę realizował/a praktykę zawodową w wymiarze …..……. godzin. W ramach wykonywanych przeze mnie obowiązków służbowych będę miał/a możliwość osiągnięcia efektów uczenia się zawartych w obowiązującej Karcie praktyki.

W trakcie realizacji praktyki zawodowej zobowiązuję się do:

1. Przestrzegania zasad odbywania praktyki określonych przez Uczelnię.
2. Odbywania praktyki w godzinach wolnych od zajęć dydaktycznych.
3. Należytego wykonywania obowiązków związanych z realizacją praktyki zgodnie z Kartą praktyki.
4. Zwrotu dokumentów związanych z realizacją praktyki, w szczególności Dziennika praktyki.

W ramach praktyki zawodowej będę wykonywał/a następujące czynności:



Wyrażam zgodę na weryfikację osiąganych przeze mnie efektów uczenia się w trakcie hospitacji telefonicznych lub osobistych w miejscu realizacji praktyki, prowadzonych przez Prodziekana lub Koordynatora kierunkowego.

........................................................................................

*pieczęć Zakładu Pracy i podpis Studenta,*