

**Wniosek o wyrażenie zgody na odbycie wolontariatu**

**w roku akademickim 2020/2021**

Adresat (kierownik jednostki/osoba odpowiedzialna):

|  |
| --- |
| Imię, nazwisko, funkcja: |

Ja niżej podpisany/podpisana zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie wolontariatu w kierowanej przez Pana/Panią jednostce:

|  |
| --- |
| Nazwa i adres jednostki: |

w zakresie umożliwiającym zdobycie umiejętności praktycznych zgodnych z profilem jednostki oraz praktycznymi efektami uczenia się wskazanymi w obowiązujących standardach kształcenia dla danego kierunku studiów.

|  |
| --- |
| **STUDENT** |
| Imię i nazwisko |  | Nr albumu |  |
| Kierunek studiów |  |
| Rok studiów |  | Semestr |  |
| Podpis studenta |  |

Załącznik nr. 1

Wykaz efektów uczenia się realizowanych w ramach czynności podejmowanych podczas wolontariatu, przewidzianych w programie studiów w ramach ……………………………………………………………………………………………….

 nazwa przedmiotu/zakres praktyki zawodowej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numer efektu kształcenia przedmioto-wego | Numer kształcenia kierunko-wego | Wolontariusz potrafi/student umie |
| U 01 | F.U1 |  |
| U 02 | F.U2 |  |
| U 03 | F.U3 |  |
| U 04 | F.U4 |  |
| U 05 | F.U6 |  |
| U 06 | F.U9 |  |
| U 07 | F.U10 |  |
| U 08 | F.U12 |  |
| U 09 | F.U21 |  |
| U 10 | F.U22 |  |
| Zgoda Dziekana na odbycie wolontariatu |  |
| Okres trwania wolontariatu | od: 2020 do: 2020 |
| Łączna liczba godzin wolontariatu |  |
| Podpis i pieczątka potwierdzającego odbycie wolontariatu z ramienia jednostki |  |

Załącznik nr 2. do wniosku o wyrażenie zgody na odbycie wolontariatu w roku akademickim 2020/2021 (ZR 241/X VI/2020)

pieczęć podmiotu miejscowość i data………………………………….

**Zaświadczenie**

Student …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko

wykonywał czynności w ramach zadań realizowanych w podmiocie w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2., w terminie …………………………………………………………………..

Liczba wypracowanych godzin:…………………………………….

Charakter wykonywanych czynności praktycznych, był zgodny z efektami uczenia się przewidzianymi w programie studiów na kierunku ………………………………………….. rok studiów ………………………. realizowanym w Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Wykaz efektów: Załącznik nr 1

Imię i nazwisko oraz podpis osoby z ramienia podmiotu potwierdzającej

realizację czynności zgodnie z efektami uczenia się