

## Kryteria wyboru podmiotu do realizacji praktyk zawodowych

Imię i nazwisko studenta: .....

Rok studiów: ..... Kierunek studiów: .....

Miejsce realizacji praktyk zawodowych: .....  
(pełna nazwa podmiotu, adres)

.....  
.....

Kryterium	Spełnienie kryterium (tak/nie)
Podmiot dysponuje infrastrukturą niezbędną do realizacji efektów uczenia się	tak
	nie
Podmiot umożliwia studentom dostęp do narzędzi pracy związanych z wykonywaniem zadań i realizacją efektów uczenia się	tak
	nie
Pracownicy podmiotu posiadają wykształcenie/kwalifikacje/specjalizacje niezbędne do realizacji efektów uczenia się	tak
	nie
Zakres działalności realizowanych przez podmiot pokrywa się z zakresem praktyki zawodowej pozwalające osiągnąć właściwe efekty uczenia się dla kierunku studiów	tak
	nie
Podmiot umożliwia wsparcie rozwoju kompetencji cyfrowych oraz daje szanse na poznanie otoczenia biznesowego	tak
	nie

Uwagi/informacje dodatkowe Podmiotu

.....  
.....

.....  
(data i podpis osoby upoważnionej z ramienia Podmiotu)

**Placówka do realizacji praktyki zawodowej musi spełnić wszystkie powyższe kryteria.**

Na podstawie oceny powyższych kryteriów wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody<sup>1</sup> na odbycie praktyki zawodowej w ww. podmiocie.

.....  
(data i podpis przedstawiciela Uczelni Łazarskiego)

---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić.

## Kryteria doboru opiekuna praktyk zawodowych z ramienia podmiotu

Imię i nazwisko studenta: .....

Rok studiów: ..... Zakres praktyki zawodowej: .....

Miejsce realizacji praktyk zawodowych: .....  
(pełna nazwa podmiotu, adres)

.....  
.....

**Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia podmiotu:**

.....

Kryterium	Spełnienie kryterium (tak/nie)
Osoba posiada wykształcenie wyższe lub kwalifikacje zawodowe adekwatne do profilu działalności podmiotu oraz kierunku studiów	tak
	nie
Posiada minimum 2-letnie doświadczenie zawodowe pozwalające na merytoryczne wspieranie studenta w zakresie realizacji praktyki zawodowej	tak
	nie
Posiada kwalifikacje niezbędne do zapewnienia realizacji efektów uczenia się przez studenta w trakcie praktyki zawodowej	tak
	nie
Posiada umiejętności jasnego komunikowania oczekiwań oraz zasad obowiązujących w podmiocie	tak
	nie
Zna i stosuje przepisy dotyczące BHP, ochrony danych osobowych (RODO) oraz inne regulacje istotne z punktu widzenia wykonywanych przez studenta zadań	tak
	nie

Uwagi/informacje dodatkowe Podmiotu

.....  
.....

.....  
(data i podpis osoby upoważnionej z ramienia Podmiotu)

**Osoba odpowiedzialna za nadzór nad praktyką z ramienia podmiotu musi spełnić wszystkie ww. kryteria.**

Na podstawie oceny powyższych kryteriów wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody<sup>2</sup> na odbycie praktyki zawodowej pod nadzorem ww. osoby.

.....  
(data i podpis przedstawiciela Uczelni Łazarskiego)

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.