

POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI EFEKTÓW UCZENIA SIĘ

*Praktyka zawodowa
(nazwa praktyki)*

na kierunku Zarządzanie

Imię i nazwisko studenta.....

Miejsce realizacji praktyki.....

.....
(pełna nazwa zakładu pracy)

Nr	Efekty uczenia się*
EU01	Zna i rozumie specyfikę środowiska zawodowego, w którym odbywa praktykę.
EU02	Zna i rozumie wybrane elementy struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa (instytucji) w którym odbywana jest praktyka oraz zakres zadań realizowanych w poszczególnych działach.
EU03	Ma praktyczne doświadczenie związane z pracą na stanowisku typowym dla kierunku Zarządzanie.
EU04	Potrafi identyfikować rzeczywiste zagrożenia BHP występujące w przedsiębiorstwie (instytucji).
EU05	W środowisku pracy przy wykorzystaniu właściwych metod i narzędzi zarządzania poszerza swoje umiejętności w zakresie obsługi urządzeń biurowych i programów komputerowych wykorzystywanych w praktyce gospodarczej, a także prowadzenia dokumentacji właściwej dla danej komórki organizacyjnej (instytucji).
EU06	Potrafi zidentyfikować problemy występujące w organizacji (zwłaszcza dotyczące gospodarowania zasobami ludzkimi, rzeczowymi, finansowymi i informacyjnymi) oraz przedstawić koncepcję ich rozwiązania.
EK07	Potrafi zaplanować pracę własną w organizacji realizując konkretne zadania (zwłaszcza dotyczące problematyki zarządzania) oraz doprowadzić do osiągnięcia zamierzonych

	celów także w warunkach nie w pełni przewidywalnych.
EK08	Potrafi krytycznie ocenić efektywność własnych działań wykonywanych podczas praktyki wykorzystując do tego celu właściwe metody i narzędzia.
EK09	Potrafi porozumiewać się z przełożonymi i współpracownikami, wykazuje się umiejętnością komunikacji interpersonalnej.
EK10	Jest gotów do przestrzegania wymaganych w organizacji zasad postępowania, w tym: prawnych, bezpieczeństwa, etycznych – dla zapewnienia odpowiedniej jakości pracy.

* Należy wpisać efekty uczenia się dla danej praktyki obowiązujące dla danego naboru

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

.....

Data i podpis zakładowego opiekuna
praktyk/Kierownika zakładu

.....

nr telefonu lub adres e-mail zakładowego
opiekuna praktyk/Kierownika zakładu

Akceptuję

.....

Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk