

**POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI  
EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

***Praktyka zawodowa, semestr 5***

na kierunku **Filologia**, specjalność: **Filologia angielska, ścieżka tłumaczeniowo-biznesowa dla naboru 2022/23**

Imię i nazwisko studenta/ki.....

Miejsce realizacji praktyki.....

.....  
(pełna nazwa zakładu pracy)

<b>Nr</b>	<b>Efekty uczenia się</b>
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