

## POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI EFEKTÓW UCZENIA SIĘ

*Praktyka zawodowa*  
na kierunku Bezpieczeństwo narodowe, studia pierwszego stopnia  
(nabór 2022/2023)

Imię i nazwisko studenta.....

Miejsce realizacji praktyki.....

.....  
(pełna nazwa zakładu pracy)

Nr	Efekty uczenia się*
1.	Student zna wybrane elementy struktury organizacyjnej jednostki, w której odbywa praktykę i potrafi opisać zasady funkcjonowania wybranych jej działów, ze szczególnym uwzględnieniem działów związanych z bezpieczeństwem narodowym
2.	Student zna zasady poprawnego opracowywania i prowadzenia dokumentacji właściwej dla danej komórki organizacyjnej (instytucji), w szczególności związanej z bezpieczeństwem
3.	Student ma praktyczne doświadczenie związane z pracą na stanowisku typowym dla studiowanego kierunku
4.	Student w środowisku pracy podnosi swoje kompetencje zawodowe (wiedzę oraz praktyczne umiejętności) w zakresie obsługi urządzeń biurowych i programów komputerowych wykorzystywanych w funkcjonowaniu danej jednostki
5.	Student potrafi dostrzec problem występujący w danej organizacji, zwłaszcza dotyczący bezpieczeństwa i obronności, opisać go oraz przedstawić koncepcję rozwiązania na podstawie danych, informacji i obserwacji uzyskanych w środowisku pracy
6.	Student potrafi wykorzystać zdobytą wiedzę do rozstrzygnięcia problemów w pracy zawodowej rozszerzając ją o krytyczną analizę podejmowanych działań
7.	Student jest gotów pracować w zespołach ludzkich i komunikować się w środowisku zawodowym stosując różne techniki i z użyciem specjalistycznej terminologii
8.	Student jest gotów odpowiedzialnie pełnić role zawodowe przestrzegając przy tym zasady etyki zawodowej oraz inne wymagane w organizacji zasady postępowania,

	gwarantujące właściwą jakość działań zawodowych oraz bezpieczeństwo w miejscu pracy
--	---

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