Załącznik nr 2

do Regulaminu praktyk zawodowych we Wschodnioeuropejskiej Akademii Nauk Stosowanych w Białymstoku.

…………………………………………………………………………

miejscowość i data

……………………………………………………

Imię i nazwisko studenta, nr albumu

……………………………………………………

kierunek, poziom i forma studiów

…………..……………………………………….

.………………….……………………………….

.………………….……………………………….

...………………………..……………………….

nazwa i dane adresowe Zakładu pracy

**Wniosek studenta Wschodnioeuropejskiej Akademii Nauk Stosowanych w Białymstoku, Filia w Ełku**

**o przyjęcie na praktykę zawodową**

Proszę o umożliwienie mi odbycia praktyki zawodowej w okresie od ......................... do ……………...... w łącznym wymiarze …………. godzin.

..................................................................................................................................

podpis studenta

**Deklaracja przyjęcia studenta na praktykę zawodową**

**(wypełnia Zakład pracy)**

Wyrażam zgodę na odbycie przez studenta/studentkę praktyki zawodowej w okresie od ......................... do ……………...... w łącznym wymiarze …………. godzin.

**Zakład pracy oświadcza, że:**

1) opiekunem praktyki będzie: ………………………………………………………………..

(imię i nazwisko)

2) opiekun praktyki posiada kompetencje i doświadczenie, w tym wykształcenie oraz zajmuje stanowisko zapewaniające właściwą merytoryczną opiekę nad przebiegiem praktyki zawodowej, zgodnej z ramowym programem praktyk zawodowych.

Liczba studentów objętych opieką w dniu składania deklaracji ……. .

**Oświadczenie o warunkach realizacji praktyki zawodowej**

**(wypełnia Zakład pracy)**

Niniejszym oświadcza się, że charakter działalności prowadzonej przez Zakład pracy przyjmujący na praktykę zawodową jest zgodny z profilem kształcenia na kierunku …………………………………. umożliwia osiągnięcie efektów uczenia się przewidzianych dla praktyki zawodowej realizowanej podczas ……… semestru studiów.

**Przyjmujący na praktykę oświadcza ponadto, że:**

* funkcjonuje na rynku pracy od dnia ……………………………;
* nie pozostaje/pozostaje\* w stanie likwidacji/upadłości\*;
* zapewnione zostaną bezpieczne i higieniczne warunki realizacji praktyki zawodowej;
* posiada/nie posiada\* niezbędną infrastrukturę i wyposażenie miejsca odbywania praktyki w kontekście zapewnienia zrealizowania przez studenta programu praktyki zawodowej (całości bądź jej etapu) i z uwzględnieniem specyfiki działalności Zakładu pracy;
* zapoznał się klauzulą informacyjną dotyczącą zakładowych opiekunów praktyk zawodowych organizowanych dla studentów w zakładach pracy we współpracy z WANS Filia w Ełku;
* inne: ………………

........................................................................................................

pieczęć Zakładu pracy

............................................... ........................................................................................................................

data podpis osoby reprezentującej Zakład pracy

*\*niewłaściwe skreślić*

**Klauzula Informacyjna**

**dotycząca zakładowych opieknunów praktyk Zawodowych organizowanych dla studentów w zakałdach pracy we współpracy   
Z WSCHODNIOEUROPEJSKĄ AKADEMIĄ NAUK STOSOWANYCH W BIAŁYMSTOKU filią w Ełku**

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.), informuję się, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wschodnioeuropejska Akademia Nauk Stosowanych w Białymstoku, ul. Ciepła 40, 15-472 Białystok, tel. 85/67 85 823 e-mail: [kancelaria.rektora@wans.edu.pl](mailto:kancelaria.rektora@wans.edu.pl);
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych we Wschodnioeuropejskiej Akademii Nauk Stosowanych w Białymstoku, ul. Ciepła 40, 15-472 Białystok, możliwy jest pod numerem tel. 85/ 67 85 851 lub adresem e-mail: [iod@wans.edu.pl](mailto:iod@wans.edu.pl);
3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu/ celach:
4. realizacji praktyk zawodowych studentów, w tym sprawowania opieki nad studentem/ studentami odbywającymi praktykę zawodową w Zakładzie Pracy,
5. kontaktów z Uczelnią,
6. generowania statystyk,
7. ankietyzacji,
8. archiwizacji dokumentów

- zgodnie z wymaganiami określonymi w ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, tj. na podstawie art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 742 z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b i c - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.),;

1. Państwa dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom/ instytucjom, za wyjątkiem podmiotów/ instytucji upoważnionych na podstawie przepisów prawa;
2. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (tj. państwa spoza Unii Europejskiej) bądź organizacji międzynarodowej;
3. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu;
4. Państwa dane osobowe przechowywane będą przez okres 50 lat we Wschodnioeuropejskiej Akademii Nauk Stosowanych w Białymstoku;
5. posiadają Państwo prawo do żądania od Wschodnioeuropejskiej Akademii Nauk Stosowanych w Białymstoku dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
6. posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,   
   ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych;
7. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych w zakresie wymaganym przez Administratora skutkuje niemożnością realizacji praktyki zawodowej studenta w Zakładzie pracy.

……………………………………………………………………..

*miejscowość, data i czytelny podpis Zakładowego opiekuna praktyk*

**Rozstrzygnięcie Wydziałowego opiekuna praktyk**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyrażam zgodę na odbycie praktyki zawodowej przez studenta w terminie wskazanym we wniosku** | **Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki zawodowej przez studenta** |
| Uzasadnienie:  Charakter działalności prowadzonej przez Zakład pracy jest zgodny z profilem kształcenia na kierunku studiów. Zakład pracy dysponuje niezbędną infrastrukturą i wyposażeniem umożliwiającym studentowi/studentce realizację ramowego programu praktyki oraz osiągniecie zakładanych efektów uczenia się.  Proponowany Zakładowy opiekun praktyk posiada kompetencje i doświadczenie, w tym odpowiednie wykształcenie oraz zajmuje stanowisko zapewaniające właściwą merytoryczną opiekę nad przebiegiem praktyki zawodowej, zgodnej z ramowym programem praktyk dla kierunku studiów.  Data …………………………………………………  Podpis i pieczęć Wydziałowego opiekuna praktyk  ………………………………………………………. | Uzasadnienie: ……………………………………………………….  …………………………………………………….....  ……………………………………………………….  ……………………………………………………….  ……………………………………………………….  …………………………………………………….....  ……………………………………………………….  ……………………………………………………….  Data ………………………………………………….  Podpis i pieczęć Wydziałowego opiekuna praktyk  ……………………………………………………….. |