**Potwierdzenie realizowania praktyki zawodowej**

**obowiązujący od roku akademickiego 2023/2024**

1. **Informacje ogólne** *(wypełnia Doktorant/ka)*

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Doktoranta/ki |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Rok kształcenia |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dyscyplina\*: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Archeologia |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Etnologia i antropologia kulturowa**[[1]](#footnote-1)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Filozofia |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Historia |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nauki o kulturze i religii |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nauki o sztuce |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nauki teologiczne |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wydział |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Promotorki/a |  |

1. **Informacje dot. Praktyki Zawodowej (PZ)** *(wypełnia Doktorant/ka)*

|  |  |
| --- | --- |
| Forma realizowania PZ\* | Obserwacja**,** współprowadzenie**,** prowadzenie |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa realizowanych zajęć\*(w przypadku *Obserwacji* i *Współprowadzenia* podać imię i nazwisko prowadzącego/ej) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba zrealizowanych godzin |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Forma realizowanych zajęć\* | wykład, warsztaty, badania terenowe, konwersatorium |

|  |  |
| --- | --- |
| Rok akademicki, w którym realizowana jest PZ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Semestr, w którym była realizowana PZ\* | zimowy/letni |

1. **Informacje dot. uzyskanych efektów kształcenia** *(wypełnia Doktorant/ka)*

Uzyskane efekty kształcenia\* TAK NIE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| E\_W07 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| E\_U10 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| E\_K02 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| E\_K03 |  |  |  |

1. **Oświadczenie dot. uczestnictwa w PZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| miejscowość i data |  | czytelny podpis Doktorantki/Doktoranta |

Oświadczam, że zrealizowałam/em …….. godzin w ramach praktyki zawodowej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| miejscowość i data |  | czytelny podpis osoby hospitującej zajęcia |

Oświadczam, że Doktorant/ka zrealizował/a ……… godzin w ramach praktyki zawodowej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | Podpis Dyrektorki SDNH |

1. Dotyczy osób, które rozpoczęły kształcenie od roku akademickiego 2023/2024

\* Zaznacz właściwe [↑](#footnote-ref-1)