

UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH
HOSPITACJE STUDENCKICH PRAKTYK ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko studenta:

.....

Data odbywania praktyk:

.....

Imię i nazwisko zakładowego opiekuna praktyk:

.....

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny kierunkowego opiekuna praktyk z Instytutu Nauk o Bezpieczeństwie w celu rozmowy dotyczącej realizacji zakładanych efektów uczenia się w trakcie realizacji praktyk

Proszę podać:
numer telefonu kontaktowego

.....

preferowane dni tygodnia

.....

zakres godzin

.....

Nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny kierunkowego opiekuna praktyk z Instytutu Nauk o Bezpieczeństwie w celu rozmowy dotyczącej realizacji zakładanych efektów uczenia się w trakcie realizacji praktyk

Uwagi:
Wynikiem rozmowy będzie wypełnienie arkusza hospitacji praktyk.
Kontakt telefoniczny będzie podjęty jedynie z zakładowymi opiekunami praktyk wybranych losowo studentów.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis zakładowego opiekuna praktyk