

**POTWIERDZENIE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI
EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

Praktyka zawodowa
na kierunku Bezpieczeństwo narodowe

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 ma praktyczne doświadczenie związane z pracą na stanowisku typowym dla studiowanego kierunku
3.	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
4.	Student zna zasady poprawnego opracowywania i prowadzenia dokumentacji właściwej dla danej komórki organizacyjnej (instytucji), w szczególności związanej z bezpieczeństwem
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 rozstrzygania problemów w pracy zawodowej rozszerzając ją o krytyczną analizę podejmowanych działań
7.	Student potrafi pracować w zespołach ludzkich i komunikować się w środowisku zawodowym stosując różne techniki i z użyciem specjalistycznej terminologii

8.	Student potrafi 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
----	---

* Należy wpisać efekty uczenia się dla danej praktyki obowiązujące dla danego naboru

Niniejszym zaświadczam, że w zakładzie pracy istnieje możliwość zrealizowania ww. efektów uczenia się.

.....
Data i podpis zakładowego opiekuna
praktyk/Kierownika zakładu

.....
nr telefonu lub adres e-mail zakładowego
opiekuna praktyk/Kierownika zakładu

Akceptuję

.....
Data i podpis uczelnianego opiekuna praktyk