Karta weryfikacji miejsca odbywania praktyk

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa zakładu/przedsiębiorstwa… |  |
| Charakterystyka przedsiębiorstwa/organizacji (struktura organizacyjna, zakres działalności) – krótki opis  |  |
| Infrastruktura/wyposażenie miejsca odbywania praktyk – krótki opis  |  |
| Czy istnieje możliwość realizacji programu praktyk? | **tak/nie**  |
| Czy istnieje możliwość zapewnienia opiekuna ze strony przedsiębiorstw/organizacji? | **tak/nie**  |
| Czy istnieje możliwość przeprowadzenia hospitacji ze strony uczelni? | **tak/nie**  |
| Czy przedsiębiorstwo/organizacja jest w stanie zapewnić stosowne warunki BHP do realizacji praktyki?  | **tak/nie**  |
| Wymagania przedsiębiorstwa/organizacji dotyczące odbywania praktyk (wymogi formalne, ubezpieczenie NNW, OC, książeczka do celów sanitarno-epidemiologicznych itp. |  |
| Inne uwagi  |  |

………………………………………………………

*imię i nazwisko, stanowisko osoby wypełniającej ankietę z ramienia potencjalnego praktykodawcy*

Decyzja dotycząca akceptacji ww. zakładu jako miejsce odbywania praktyk:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………… …………………………

Kierownik praktyk Opiekun merytoryczny praktyk