Załącznik nr 1.

Uniwersytet Wrocławski

Wydział Nauk Społecznych

Kierunek studiów……………………………………………………..

Imię i nazwisko studenta….……………………………………Nr indeksu…………………

Deklaracja przyjęcia studenta na praktyki zawodowe

oraz weryfikacja i zatwierdzenie miejsca odbywania praktyk

|  |
| --- |
| **Dane Podmiotu/Instytucji przyjmującej studenta na praktyki** |
| Nazwa podmiotu/instytucji |  |
| Adres |  |
| Forma prawno-organizacyjna |  |
| Profil działalności |  |
| Zasięg działalności*\** | lokalny | krajowy | międzynarodowy |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktu z Uczelnią |  |
| Telefon i e-mail osoby do kontaktu z Uczelnią |  |
| Imię i nazwisko opiekuna praktyk\*\* |  |
| Telefon i e-mail opiekuna praktyk\*\* |  |
| **Charakterystyka miejsca i sposobu realizacji praktyk zawodowych przez praktykanta***\** |
| Wydzielone i wyposażone stanowisko pracy praktykanta | TAK | NIE |
| Praca w terenie pod nadzorem wskazanego pracownika | TAK | NIE |
| Realizacja praktyk będzie wymagała od studenta znajomości języków obcych | TAK | NIE |
| *(jakich?)* |
| Czy oferta dostępna jest dla osób z niepełnosprawnością | TAK | NIE |
| **Ewaluacja praktyk studenta** |
| Podmiot/instytucja wyraża zgodę na hospitację praktyk zawodowych w trakcie jej trwania przez osobę wskazaną przez Uczelnię | TAK | NIE |
| **Deklaracja współpracy** |
| Podmiot/instytucja deklaruje wolę przyjęcia studenta\* | Jednokrotnie | Wielokrotnie (w kolejnych latach) |
| Deklarowana liczba miejsc praktyk jednorazowo | 1 | 2 | 3 i więcej |
| Oferta kierowana jest do studentów kierunku\* |  |  |  |
| Podmiot/instytucja oświadcza, że zapewni studentowi opiekuna praktyk posiadającego odpowiednie kompetencje | TAK | NIE |
| Podmiot/instytucja wyraża zgodę na uwzględnienie na liście jednostek przyjmujących na praktyki zawodowe studentów WNS, publikowanej na stronie www Wydziału | TAK | NIE |

\* - proszę wpisać kierunek realizowany na WNS; \*\* - proszę wypełnić, jeśli Podmiot/Instytucja może wskazać na tym etapie. Jeśli nie, proszę o podanie tych danych najpóźniej w dniu rozpoczęcia praktyk przez studenta, zgodnie z Zarządzeniem Rektora UWr. Nr 187/2022 Zał. Nr 3 Par. 7.

**Deklarację sporządził:**

Imię i nazwisko ………………………………………………………………

Stanowisko ……………………………………………………………………

Miejsce i data ……………………………………………………………….

**Klauzula informacyjna**

**Informacja Uniwersytetu Wrocławskiego o przetwarzaniu danych osobowych dla osób z zakładów pracy/instytucji (osób reprezentujących, osób do kontaktu, opiekunów praktyk) zaangażowanych w realizację praktyk przewidzianych w programach studiów dla studentów Uczelni.**

Zgodnie z art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej „RODO”), proszę przyjąć do wiadomości, że:

1. Administratorem, zobowiązanym do zapewnienia, aby przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywało się zgodnie z przepisami jest Uniwersytet Wrocławski, pl. Uniwersytecki 1, 50-137 Wrocław;

2. Administrator powołał inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres e-mail: iod@uwr.edu.pl;

3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Uniwersytet Wrocławski:

- na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO*,* w powiązaniu z art. 11 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, w celu wypełnienia obowiązków prawnych związanych z prowadzeniem kształcenia przez Uniwersytet Wrocławski, poprzez realizację przez studentów i studentki Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Wrocławskiego praktyk studenckich;

4. (dotyczy jedynie osób do kontaktu i opiekunów praktyk) Kategorie danych, Państwa dotyczących, pozyskane przez Uniwersytet Wrocławski to służbowe dane kontaktowe;

5. Państwa dane mogą zostać udostępnione jedynie organom lub podmiotom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz podmiotom, z którymi Uczelnia zawarła stosowne umowy powierzenia przetwarzania, a także studentom/studentkom realizującym praktyki zawodowe w Państwa Firmie.

Ponadto, proszę przyjąć do wiadomości, że:

6. Państwa dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji oraz ewaluacji praktyk studenckich, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa powszechnie obowiązującego;

7. Przysługuje Państwu prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania. Uprawnienia te mogą być jednak ograniczone przez szczególny przepis prawa;

8. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;

9. (nie dotyczy osób do kontaktu i opiekunów praktyk) Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji praktyk studenckich w Państwa Firmie;

10. (dotyczy jedynie osób do kontaktu i opiekunów praktyk) Źródłem, z którego Uniwersytet Wrocławski pozyskał Państwa dane osobowe jest Państwa Zakład Pracy;

11. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

**Zakład Pracy zobowiązuje się do przekazania powyższych informacji o przetwarzaniu danych osobowych wskazanym przez siebie osobom do kontaktu i opiekunom praktyk.**

**OPINIA opiekuna praktyk ze strony Uczelni w zakresie weryfikacji spełnienia warunków odbywania praktyk zawodowych**

………………………………………………………………………………….............................................................. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Imię i nazwisko** ………………………………………

**Podpis** ………………………………………