**OŚWIADCZENIE**

**potwierdzające realizację efektów uczenia się**

Niniejszym oświadczam, że Pan/Pani\* ………………………..……………………………………………., posiadający/posiadająca\* nr albumu ……………….. w toku wykonywanej pracy zawodowej w………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

będzie realizował efekty uczenia się dla Praktyk zawodowych określone w programie studiów pierwszego stopnia kierunku Ekonomia.

Efekty uczenia się na kierunku Ekonomia (I stopień) - Praktyki zawodowe:

* KP6\_KK2 – absolwent jest gotów do uznawania znaczenia wiedzy z zakresu dyscypliny naukowej ekonomia i finanse w rozwiązywaniu konkretnych problemów poznawczych,
w tym zasięgania opinii ekspertów poprzez korzystanie ze specjalistycznych ekspertyz
i raportów o zasięgu krajowym i międzynarodowym
* KP6\_KK3 – absolwent jest gotów do rozwiązywania konkretnych problemów poznawczych
i praktycznych w oparciu o krytyczną ocenę posiadanej wiedzy, zgromadzonych informacji
* KP6\_KK4 – absolwent jest gotów do uznawania znaczenia wiedzy w prawidłowej identyfikacji
i rozstrzyganiu dylematów związanych z aktywnością w otoczeniu społeczno-gospodarczym związanych z wykonywaniem zawodu
* KP6\_KO2 – absolwent jest gotów do myślenia i działania w sposób przedsiębiorczy, wykazując postawę kreatywności, innowacyjności i przedsiębiorczości w podejmowanej aktywności społeczno-gospodarczej z uwzględnieniem ekonomiki przedsiębiorstw, organizacji i zarządzania oraz finansów przedsiębiorstw
* KP6\_KR1 – absolwent jest gotów do odpowiedzialnego pełnienia ról zawodowych poprzez przestrzeganie zasad etyki zawodowej, posługiwanie się systemami normatywnymi prawnym, moralnym, etycznym, w tym dbałości o dorobek i tradycje zawodu oraz odpowiednią organizację pracy i motywację

……………………………………………..………..

data, podpis Studenta

……………………………………………..………..

data, pieczęć, podpis Pracodawcy

Opinia Opiekuna praktyk:

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

……………………………………………..………..

data, podpis Opiekuna praktyk

……………………………………………..………..

data, podpis Dziekana

\* - niepotrzebne skreślić