

.....  
Imię i Nazwisko Słuchacza

....., dnia .....  
(miejscowość)

### **Studia Podyplomowe**

**Kierunek: Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością intelektualną  
(oligofrenopedagogika), zaburzeniami ze spektrum autyzmu i zespołem Aspergera**

Rok studiów: ..... Semestr.....

Nr albumu: POD.....

Numer telefonu: .....

## **ZAŚWIADCZENIE**

Zaświadczam, iż Pan/Pani\*:.....  
(imię i nazwisko słuchacza)

☐ jest zatrudniony/na w naszej instytucji od dnia ..... do chwili obecnej realizując dołączony zakres obowiązków, pozwalający osiągnąć efekty uczenia się wpisane w Ramowy program praktyki dla wskazanego kierunku studiów.

Tygodniowy wymiar czasu pracy to..... godzin.

☐ odbywał/ła w naszej instytucji staż/praktykę/szkolenie/kurs/wolontariat/inne\* w dniach od ..... do ..... realizując dołączony zakres obowiązków, osiągając efekty uczenia się wpisane w Ramowy program praktyki dla wskazanego kierunku studiów.

Tygodniowy wymiar czasu pracy wynosił ..... godzin.

Z poważaniem,

.....  
Podpis osoby reprezentującej Zakład Pracy, pieczęć Zakładu Pracy

☐ wstawić X

\* właściwe podkreślić