**DZIENNIK STAŻU**

…………………………………………

Imię i nazwisko

…………………………………………

Kierunek studiów

…………………………………………

Miejsce stażu

…………………………………………

Imię i nazwisko Opiekuna Stażysty

…………………………………………

Numer umowy dotyczącej realizacji stażu

Imię i nazwisko Stażysty

**PROGRAM STAŻU**

1. Nazwa zawodu/stanowiska odbywania stażu: **………………………………………………………………………**
2. Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych: **………………………………………**
3. Termin stażu: **………………………………………………………………………**
4. Dane Opiekuna Stażysty:

Imię i nazwisko: **………………………………………………………………………**

Stanowisko w zakładzie pracy: **…………………………………………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kierunkowe efekty kształcenia Zakres zadań i czynności** | | |
| **Wiedza podstawowa i kierunkowa** | | |
|  |  | |
| **Umiejętności** | | |
|  |  | |
| **Kompetencje** **społeczne** | | |
|  | |  |

Oświadczam, że program jest spójny z celami sformułowanymi w dokumencie strategicznym dla regionu świętokrzyskiego, na obszarze którego funkcjonuje uczelnia i na którego potrzeby realizowane jest kształcenie w ramach projektu, tj. ze Strategią Badań i Innowacyjności (RIS3) „Od absorpcji do rezultatów –jak pobudzić potencjał województwa świętokrzyskiego 2014-2020+”, w tym sektor turystyki zdrowotnej i prozdrowotnej.

…………………………………… ……………………………………

Podpis Organizatora Stażu Podpis Realizatora Stażu

Oświadczam, że zapoznałam/em się z programem stażu, przyjmuję do wiadomości i akceptuję treści   
w nim zawarte. Zobowiązuję się do realizacji zadań stażowych zgodnie z programem stażu.

………………………………………….

Podpis Stażysty

………………………………..

Pieczęć Realizatora Stażu

Imię i nazwisko Stażysty

|  | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LISTA OBECNOŚCI za okres od …………………... do …………………...** | | | | | |
| **Lp** | **Data** | **Opis realizowanych zadań** | **Liczba**  **godzin** | **Podpis Stażysty** | **Podpis Opiekuna**  **(czytelny podpis /imienna pieczęć z parafą)** |
| **Wykorzystanie materiałów zużywalnych podczas stażu** |
| 1 |  |  |  |  |  |
|  |
| 2 |  |  |  |  |  |
|  |
| 3 |  |  |  |  |  |
|  |
| 4 |  |  |  |  |  |
|  |
| 5 |  |  |  |  |  |
|  |
| 6 |  |  |  |  |  |
|  |
| 7 |  |  |  |  |  |
|  |
| 8 |  |  |  |  |  |
|  |
| 9 |  |  |  |  |  |
|  |
| 10 |  |  |  |  |  |
|  |
| **Łączna liczba godzin** | | |  |  | |

Potwierdzam zgodność realizowanych przez Stażystę zadań z zakresem stażu i celami dydaktycznymi kształcenia na kierunku …………………………….

..…………………………………

(podpis Opiekuna Stażu -UJK)

..……………………………. …………………………..

Imię i nazwisko Stażysty (miejscowość, data)

…………………………….

nazwa Realizatora Stażu

…………………………….

(imię i nazwisko Opiekuna Stażysty)

**Raport końcowy z realizacji wysokiej jakości programu stażowego**

zrealizowanego w **……………………………………………………………………………………**

(nazwa Realizatora Stażu)

w okresie ……..………. r – ……………… r

(data rozpoczęcia – data zakończenia Stażu)

**Uzyskane kompetencje/umiejętności zawodowe po odbytym stażu**

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

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

..…………………………………

(podpis Stażysty)

|  |
| --- |
| **Opinia Opiekuna Stażysty – ocena postępów Stażysty**  ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Potwierdzam prawidłowość informacji w raporcie

..…………………………………

(podpis i imienna pieczątka Opiekuna)

**KWESTIONARIUSZ ANKIETY dla Stażysty**

*Prosimy o wypełnienie ankiety poprzez zakreślenie odpowiedzi „X”.   
Ankieta służy ewaluacji Projektu „OPERACJA – STAŻ!”*

1. Czy zakres stażu był zgodny z celami dydaktycznymi kształcenia na Pani/Pana kierunku studiów? Czy program stażu był zgodny z Pana/Pani oczekiwaniami?

TAK NIE

Uwagi:

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

1. Czy warunki pracy umożliwiały realizację powierzonych przez Realizatora Stażu zadań?   
   Czy wyposażenie miejsca stażu było odpowiednie?

TAK NIE

Uwagi:

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

1. Czy zrealizowany program stażowy pozwolił Panu/Pani na zdobycie nowych umiejętności   
   i doświadczenia w nowym dla Pana/Pani środowisku pracy?

TAK NIE

Uwagi:

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

1. Proszę wymienić kompetencje, które Pan/Pani nabył/ła lub rozwinął/ęła podczas stażu
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………………………………………………………………….
4. ……………………………………………………………………………………………………………………………….
5. Jak ocenia Pan/Pani rolę Opiekuna Stażysty?

**Bardzo źle** 1------2------3------4------5------6------7------8------9------10 **bardzo dobrze**

1. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani odbyty staż?

**Bardzo źle** 1------2------3------4------5------6------7------8------9------10 **bardzo dobrze**

1. Proszę wskazać najkorzystniejsze aspekty odbytego stażu:

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

1. Proszę wskazać najmniej korzystne aspekty odbytego stażu:

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

1. Proszę wpisać inne uwagi dotyczące stażu:

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

Nazwa firmy, w której Pan/Pani odbywał/a staż …………………………………………………………..

**Informacje o respondencie**

**Imię i nazwisko: …………………………………………………………**

**Kierunek studiów …………………………………………………………**

***Dziękujemy za wypełnienie ankiety !***

**KWESTIONARIUSZ ANKIETY dotyczącej przebiegi stażu dla Realizatora Stażu**

*Prosimy o wypełnienie ankiety poprzez zakreślenie odpowiedzi „X”.   
Ankieta służy ewaluacji Projektu „OPERACJA – STAŻ!”*

1. Czy przyjęcie Stażysty poprawiło funkcjonowanie działu/komórki/jednostki? Czy wypełnianie przez Stażystę zadania były odpowiedzią na realne potrzeby Realizatora Stażu?

Zdecydowanie tak

Raczej tak

Raczej nie

Zdecydowanie nie

1. Czy poleciłby Pan/Pani współpracę w ramach projektu „OPERACJA – STAŻ!” w zakresie staży innym pracodawcom?

Zdecydowanie tak, ponieważ……………………………………………………………………………..

Raczej tak, ponieważ ……………………………………………………………………………………….

Raczej nie, ponieważ ………………………………………………………………………………………..

Zdecydowanie nie, ponieważ …………………………………………………………………………….

1. Czy planuje Pan/Pani ponownie ubiegać się o Stażystów w ramach projektu „OPERACJA – STAŻ!”?

Zdecydowanie tak

Raczej tak

Raczej nie

Zdecydowanie nie

1. Proszę ocenić jakość realizacji przez Stażysty zadań w ramach stażu

bardzo dobry dobry dostateczny niedostateczny

1. Proszę ocenić kwalifikacje Stażysty w stosunku do Pana/Pani oczekiwań:

bardzo dobry dobry dostateczny niedostateczny

1. Jak ocenia Pan/Pani poziom organizacji staży:

**Słabo** 1------2------3------4------5------6------7------8------9------10 **bardzo dobrze**

**Informacje o respondencie**

**Nazwa placówki: …………………………………………………………**

**Imię i nazwisko stażysty odbywającego w placówce staż: …………………………………………………………**

***Dziękujemy za wypełnienie ankiety !***

…………………………… ……………………

pieczątka Realizatora Stażu miejsce, data

**ZAŚWIADCZENIE**

**o odbyciu stażu   
w ramach projektu pn.: „OPERACJA – STAŻ!”**

**Pan/Pani *………………………………………………………………...……………………,***   
PESEL ……………………………, urodzony/a ………………………….,   
zamieszkały/a ……………………………..………………………………………………………..

w terminie ……………………………..…… odbył/odbyła staż

w ………………………………………………………………………………………….……………

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

nazwa i adres placówki

pod opieką …………………………………………………………………………………………….

imię i nazwisko opiekuna, stanowisko pracy

w liczbie godzin ……………

Zaświadcza się, iż Stażysta podczas stażu pozyskał następujące kompetencje /umiejętności zawodowe:

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

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

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

………………….………………

podpis osoby upoważnionej