Załącznik nr 2. do wniosku o wyrażenie zgody na odbycie wolontariatu w roku akademickim 2020/2021 (ZR 241/X VI/2020)

pieczęć podmiotu miejscowość i data………………………………….

**Zaświadczenie**

Student …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko

wykonywał czynności w ramach zadań realizowanych w podmiocie w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2., w terminie …………………………………………………………………..

Liczba wypracowanych godzin:…………………………………….

Charakter wykonywanych czynności praktycznych, był zgodny z efektami uczenia się przewidzianymi w programie studiów na kierunku ………………………………………….. rok studiów ………………………. realizowanym w Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Wykaz efektów: Załącznik nr 1

Imię i nazwisko oraz podpis osoby z ramienia podmiotu potwierdzającej

realizację czynności zgodnie z efektami uczenia się