*Załącznik nr 4*

**POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU**

(*wypełnia instytucja przyjmująca po zakończeniu stażu*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Potwierdzenie odbycia stażu**  **(*wypełnić drukiem*)** | **Certificate of Inernship**  **(*please type*)** |
| Zaświadcza się, że:  (*dane stażysty*)  Pani/Pan:  ……………………………………………………………  (*imię i nazwisko*)  zatrudniony w:  Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu,  odbył(a) staż naukowy/dydaktyczny/łączony\* w:  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  (*nazwa instytucji przyjmującej*)  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  (*nazwa przyjmującej jednostki organizacyjnej*)  w celu realizacji (*zaznacz właściwe „x”*):   |  |  | | --- | --- | |  | badań naukowych | |  | zajęć dydaktycznych | |  | badań naukowych i prowadzenia zajęć | |  | innych zadań (jakich): ………………………...  …………………………………………………………… |   w okresie od dnia: …………………………(*dd.mm.rrrr*)  do dnia: …………………………(*dd.mm.rrrr*)  Podpisano przez:  …..………………………………………………………..  (*tytuł, imię i nazwisko*)  Dnia: ……………………(*dd.mm.rrrr*)  ………………………………………………………………  (*czytelny podpis osoby uprawnionej w instytucji lub jednostce organizacyjnej przyjmującej*)  (*pieczęć instytucji przyjmującej*)  \**usunąć niewłaściwe* | This is to certify that:  (*intern’s data*)  Ms/Mr:  ……………………………………………………………  (*full name*)  employed at:  University School of Physical Education in Wrocław, Poland, completed a research/teaching/combined\* internship with:  …………………………………………………………………..  …………………………………………………………………..  (name of *hosting institution*)  …………………………………………………………………….  …………………………………………………………………….  (name of *hosting organizational unit*)  and in the scope of the internship (*tick appropriate*):   |  |  | | --- | --- | |  | conducted research | |  | performed didactic tasks | |  | conducted research and didactic tasks | |  | performed other tasks (*please, specify*): ..………………………...……………………………… |   in the period from …………………………(*dd.mm.yyyy*)  to …………………………(*dd.mm.yyyy*)  Signed by:  ……………………………………………………………..  (*title and full name*)  Date: …………………………(*dd.mm.yyyy*)  ………………………………………………………………….  (*legible signature of an entitled representative of the host institution or unit*)  (*stamp of the host institution*)  \**delete as appropriate* |

Potwierdzenie należy złożyć do pani mgr Ewy Górskiej w budynku P-2 pok. 145 lub P-3 pok. 206. Wniosek należy również przesłać pocztą elektroniczną w postaci skanu na adres: [waldemar.andrzejewski@awf.wroc.pl](mailto:waldemar.andrzejewski@awf.wroc.pl)