*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