|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | dnia |  |

|  |
| --- |
| *(miejscowość, data: dzień-miesiąc słownie-rok)* |

**POROZUMIENIE O ORGANIZACJI ĆWICZEŃ TERENOWYCH SPECJALIZACYJNYCH**

**STUDENTÓW UNIWERSYTETU ŚLĄSKIEGO**

zawarte pomiędzy Wydziałem Nauk Przyrodniczych Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, zwanym dalej „Wydziałem”, który reprezentuje Prodziekan ds. Kształcenia i Studentów

dr hab. Krzysztof Szopa, prof. UŚ

...............................................................................................................................................................................................................................,

*(imię, nazwisko)*

z jednej strony,

a ..........................................................................................................................................................................................................................,

*(nazwa i adres zakładu pracy)*

zwanym dalej "zakładem pracy", reprezentowanym przez

...............................................................................................................................................................................................................................,

*(imię i nazwisko, stanowisko)*

z drugiej strony.

1. Wydział kieruje ………................................................................................. studenta/studentkę geografii ...... roku

*(imię, nazwisko)*

w celu zrealizowania ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych w wymiarze 30 godzin (5 dni) do:

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

*(nazwa i adres zakładu pracy)*

w terminie od……………………………………..………… do………………………………………………… roku.

1. Efekty uczenia się wynikające z programu studiów, odnoszące się do modułu „*ćwiczenia terenowe specjalizacyjne”.* Student:

# Rozumie kryteria wyboru metodyki oraz technik badawczych i pomiarowych w terenie, dla uzyskania odpowiednich danych źródłowych, niezbędnych dla zrealizowania postawionego zadania naukowego lub praktycznego, wraz z ich wstępnym opracowaniem i weryfikacją. [W2-GF-S2-017\_1]

# Zna i potrafi zastosować odpowiednie metody i techniki badań terenowych dla pozyskania danych faktograficznych oraz dla weryfikacji terenowej danych przestrzennych, teledetekcyjnych pozyskanych obserwacyjnych z baz danych, statystycznych i innych. [W2-GF-S2-017\_2]

# Potrafi współdziałać i pracować w terenowej grupie badawczej specjalistów, jak również prowadzić samodzielnie terenowe pomiary, obserwacje i dokumentację. [W2-GF-S2-017\_3]

# Zna podstawowe zasady bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii [W2-GF-S2-017\_4]

# Prawidłowo identyfikuje i rozstrzyga dylematy związane z wykonywaniem zawodu [W2-GF-S2-017\_5]

1. Szczegółowy program ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych:

Ćwiczenia terenowe specjalizacyjne zapoznają studentów z metodyką oraz metodami i technikami pozyskiwania specjalistycznych danych źródłowych bezpośrednio w terenie, jak również z metodami weryfikacji terenowej danych teledetekcyjnych, statystycznych i innych faktograficznych danych źródłowych. Także umożliwiają studentom udział w praktycznych pracach badawczych lub wdrożeniowych, prowadzonych przez wyspecjalizowane instytucje, w zakresie realizowanej specjalizacji.

**Sposoby weryfikacji programu**

Udokumentowanie zapoznania się z metodami badań terenowych, ich opracowania i weryfikacji danych oraz poznanie procedur dla potrzeb poznawczych i aplikacyjnych, na podstawie dziennego raportu studenta, potwierdzonego przez prowadzącego ćwiczenia. W przypadku udziału w pracach wyspecjalizowanej instytucji, potwierdzonego przez jej odpowiedzialnego pracownika.

1. Zakład pracy zobowiązuje się do:
2. wyznaczenia opiekuna ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych z ramienia zakładu pracy, którego zadaniem będzie sprawowanie merytorycznej opieki nad studentem, pomoc w wykonywaniu czynności, instruktaż oraz zaopiniowanie raportu z przebiegu ćwiczeń terenowych sporządzonego przez studenta. Wzór raportu stanowi załącznik do porozumienia;
3. zapewnienia studentom odpowiednich stanowisk pracy zgodnych z celem ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych;
4. zapoznania studentów z obowiązującymi w zakładzie przepisami, a w szczególności: regulaminem pracy, dyscypliną pracy, przepisami bhp, przepisami o ochronie informacji niejawnych i ochronie danych osobowych oraz z praktycznymi możliwościami wykorzystania nabytej przez nich wiedzy;
5. nadzoru nad właściwą realizacją przez studentów powierzonych im czynności;
6. umożliwienia Wydziałowi kontroli dydaktycznej praktyk.
7. Wydział zobowiązuje się do:
8. ustalenia wspólnie z zakładem pracy szczegółowych programów ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych;
9. zaznajomienia studentów z programem ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych;
10. nadzoru dydaktycznego;
11. poświadczenia zrealizowania ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych w Suplemencie do dyplomu ukończenia studiów.
12. Studenci odbywający ćwiczenia terenowe specjalizacyjne są objęci ubezpieczeniem od następstw nieszczęśliwych wypadków, na zasadach określonych w ustawie z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 737 z późn. zm.).
13. Student zgłosi się w zakładzie pracy w celu szczegółowego ustalenia harmonogramu i miejsca realizowania ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych.
14. W przypadku stosownego wymogu zakładu pracy student obowiązany jest podpisać oświadczenie dotyczące zachowania przez niego poufności informacji i innych danych dotyczących zakładu pracy przyjmującego studenta, uzyskanych w związku z realizacją porozumienia. Treść oświadczenia ustali zakład pracy.
15. Wszelkie zmiany w treści porozumienia wymagają formy pisemnego aneksu, skutecznego po podpisaniu go przez obie strony porozumienia.
16. Porozumienie niniejsze zostało sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

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

Prodziekan ds. Kształcenia i Studentów Przedstawiciel Zakładu Pracy

**Imię i nazwisko opiekuna akademickiego** ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych dr hab. Adam Hibszer prof. UŚ Kontakt: (telefon, e-mail): 607 199 137, adam.hibszer@us.edu.pl

**Imię i nazwisko opiekuna zakładowego** ćwiczeń terenowych specjalizacyjnych:...................................

Kontakt: (telefon, e-mail): ..............................................................