

Zarządzenie nr 74

Rektora Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego w Szczecinie

z dnia 14 października 2019 r.

w sprawie wprowadzenia wzorów druków niezbędnych do uruchomienia i prowadzenia studiów podyplomowych w Zachodniopomorskim Uniwersytecie Technologicznym w Szczecinie

Na podstawie art. 23 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (tekst jedn. Dz. U. poz. 1668, z późn. zm.) w związku z § 10 ust 1 Regulaminu studiów podyplomowych ZUT wprowadzonym zarządzeniem nr 45 Rektora ZUT z dnia 11 lipca 2019 r., z późn. zm., zarządza się, co następuje:

§ 1.

Wprowadza się wzory druków niezbędnych do uruchomienia i prowadzenia studiów podyplomowych:

- 1) wniosek o utworzenie/uruchomienie/wznowienie kolejnej edycji studiów podyplomowych,
- 2) wniosek o wyrażenie zgody na przeprowadzenie rekrutacji na studia podyplomowe,
- 3) program studiów podyplomowych:
 - a) zasady i tryb naboru na studia podyplomowe;
 - b) efekty uczenia się dla kwalifikacji cząstkowych;
 - c) plan studiów;
 - d) opis poszczególnych przedmiotów;
 - e) obsada kadrowa zajęć dydaktycznych;
- 4) protokół komisji kwalifikacyjnej,
- 5) kwestionariusz osobowy na studia podyplomowe,
- 6) kwestionariusz osobowy na studia podyplomowe (dla cudzoziemca),
- 7) karta okresowych osiągnięć uczestnika,
- 8) protokół egzaminu końcowego/oceny pracy końcowej uczestnika studiów podyplomowych lub innej formy zakończenia studiów podyplomowych,
- 9) protokół zbiorczy egzaminu końcowego/oceny pracy końcowej lub innej formy zakończenia studiów podyplomowych,
- 10) wniosek o likwidację studiów podyplomowych,

stanowiące odpowiednio załączniki 1–10 do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Traci moc zarządzenie nr 32 Rektora ZUT z dnia 30 czerwca 2015 r. w sprawie wprowadzenia wzorów druków niezbędnych do uruchomienia i prowadzenia studiów podyplomowych.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Rektor

dr hab. inż. Jacek Wróbel, prof. ZUT

Szczecin, dnia

Wniosek
o utworzenie/ uruchomienie/ wznowienie kolejnej edycji*
Studiów Podyplomowych

.....
(nazwa studiów)

Prorektor ds. kształcenia

Zachodniopomorskiego Uniwersytetu
Technologicznego w Szczecinie

Wnioskuje o utworzenie/uruchomienie/wznowienie* kolejnej edycji studiów podyplomowych
o nazwie

prowadzonych na Wydziale

trwających semestry, w okresie od do

Zakres tematyczny studiów podyplomowych odpowiada zakresowi utworzonych w Uczelni studiów
na kierunku

przyporządkowanym do dyscypliny/dyscyplin naukowych lub artystycznych
.....

Studia podyplomowe odbywać się będą w formie studiów stacjonarnych/niestacjonarnych*.

Zajęcia będą się odbywały w, po godzin.

Liczba godzin: w semestrach: pierwszym, drugim, trzecim ..., czwartym ; łącznie

Wysokość opłaty za studia podyplomowe wynosi

Na kierownika studiów podyplomowych powołuję

Członkowie komisji kwalifikacyjnej:

- 1) – przewodniczący komisji/ kierownik studiów podyplomowych
- 2)
- 3)
- 4) – sekretarz

.....
podpis dziekana

Załączniki:

1. Program studiów
2. Wniosek o włączenie kwalifikacji do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (w przypadku ubiegania się o włączenie kwalifikacji nadawanych po ukończeniu studiów podyplomowych do ZSK);
3. Kalkulacja z załącznikami.

* niewłaściwe skreślić

Szczecin, dnia

Wniosek
o wyrażenie zgody na przeprowadzenie rekrutacji
na Studia Podyplomowe

.....
(nazwa studiów)

Prorektor ds. kształcenia

Zachodniopomorskiego Uniwersytetu
Technologicznego w Szczecinie

Proszę o wyrażenie zgody na przeprowadzenie rekrutacji na studia podyplomowe o nazwie:

.....
trwających semestry, w okresie od do

Zakres tematyczny studiów podyplomowych odpowiada zakresowi utworzonych w Uczelni studiów na kierunku:
przyporządkowanym do dyscypliny/dyscyplin naukowych lub artystycznych:

.....
Studia podyplomowe odbywać się będą w formie studiów stacjonarnych/niestacjonarnych*.

Zajęcia będą się odbywały w, po godzin.

Nabór przewidziany jest na uczestników.

Skład komisji kwalifikacyjnej :

1. – przewodniczący komisji/kierownik studiów podyplomowych
2.
3.
4. – sekretarz

Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzone zostanie od dnia do dnia

Wysokość opłaty za studia podyplomowe wynosi

.....
podpis dziekana

Załącznik:

1. Program studiów
2. Wniosek o włączenie kwalifikacji do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (w przypadku ubiegania się o włączenie kwalifikacji nadawanych po ukończeniu studiów podyplomowych do ZSK).

* niewłaściwe skreślić

Zasady i tryb naboru na Studia Podyplomowe

.....
(nazwa studiów)

1. Środowisko, do którego skierowana jest oferta studiów podyplomowych:

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

2. Wymagania stawiane kandydatom:

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

3. Kolejność przyjęć na studia podyplomowe:

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

4. Wymagane dokumenty określone w §. 3 ust. 2 oraz § 3 ust. 10-12 Regulaminu studiów podyplomowych w ZUT.

5. Sposób weryfikowania i dokumentacji efektów uczenia się (gdy podstawą rekrutacji są potwierdzone efekty uczenia się)

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

.....
podpis dziekana

Efekty uczenia się dla Studiów Podyplomowych*

Nazwa studiów:

Forma studiów:

Dyscyplina/iny:

Poziom kształcenia: podyplomowy

Kod	Efekt uczenia się dla programu studiów	Odniesienie do efektów uczenia się dla kwalifikacji na poziomie 6-8 PRK	Kody treści programowych prowadzących do uzyskania efektu uczenia się
Wiedza W01			
Wiedza W02			
Umiejętności U01			
Umiejętności U02			
Kompetencje K01			
Kompetencje K02			

.....
podpis dziekana

* efekty uczenia się dla kwalifikacji częściowych na poziomie 6,7 albo 8 PRK zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie charakterystyk drugiego stopnia efektów uczenia się dla kwalifikacji na poziomach 6–8 PRK.

Wydział:

Nazwa kierunku studiów:

Dziedziny nauki:

Dyscypliny naukowe:

Profil kształcenia:

Forma studiów:

Poziom kształcenia:

Specjalność/specjalizacja:

Kod planu studiów:

Rok akademicki:

Obowiązuje od:

Uchwała Senatu:

Plan studiów	Obieralność: blok	liczba obieranych elementów	Grupa	Kod modułu/ Przedmiotu	Moduł/ Przedmiot	forma zaliczenia: egzamin (ilość)	forma zaliczenia: zaliczenie (ilość)	Suma liczby godzin	Liczba godzin formy zajęć/ L	Suma ECTS	Praktyczne ECTS	Kontaktowe ECTS	I Rok 1 semestr Zajęcia praktyczne/ L	ECTS	ECTS w semestrze	I Rok 2 semestr Zajęcia praktyczne/L	ECTS	ECTS w semestrze
					Razem													
					Razem													
					Suma													

.....
Sporządził

.....
Dziekan

.....
Potwierdzenie zgodności Prorektor ds. kształcenia



Kierunek studiów:

Forma studiów:

Poziom: podyplomowy

Dyscyplina/dyscypliny naukowe:

Profil:

Moduł:

Przedmiot:

Kod:

Jednostka prowadząca:

ECTS:

ECTS (formy):

Forma zaliczenia: zaliczenie

Język: polski

Forma dydaktyczna	Kod	Semestr	Godziny	ECTS	Waga	Zaliczenie
wykłady						
wykłady						

Nauczyciel odpowiedzialny:

Inni nauczyciele:

Kod	Wymagania wstępne
W-1	

Kod	Cele modułu/przedmiotu
C-1	
C-2	
C-3	
C-4	

Kod	Metody nauczania / narzędzia dydaktyczne
M-1	
M-2	
M-3	

Kod	Sposoby oceny (F - formująca, P - podsumowująca)
S-1	F -
S-2	P -

Kod	Treści programowe z podziałem na formy zajęć	Liczba godzin
T-W-1		
T-W-2		
T-W-1		
T-W-2		
T-W-3		

Kod	Obciążenie pracą studenta - formy aktywności	Liczba godzin
A-W-1		
A-W-2		
A-W-3		
A-W-1		
A-W-2		
A-W-3		

Zamierzone efekty uczenia się	Odniesienie do efektów uczenia się dla kierunku studiów	Cel przedmiotu	Treści programowe	Metody nauczania	Sposób oceny
Wiedza					
Umiejętności					
Kompetencje społeczne					

Efekt	Ocena	Kryterium oceny
Wiedza	2,0	
	3,0	
	3,5	
	4,0	
	4,5	
	5,0	
Umiejętności	2,0	
	3,0	
	3,5	
	4,0	
	4,5	
	5,0	
Kompetencje społeczne	2,0	
	3,0	
	3,5	
	4,0	
	4,5	
	5,0	

Literatura podstawowa:

.....

.....

.....

Literatura uzupełniająca

.....

.....

.....

Data aktualizacji:

Szczecin, dnia

Studia podyplomowe:

(nazwa studiów podyplomowych)

Rok akademicki:

Obsada kadrowa zajęć dydaktycznych

Lp.	Imię i nazwisko prowadzącego	Nazwa przedmiotu	Forma zajęć	Liczba godzin	Semestr
1.					
2.					
3.					
4.					
...					
			Suma		X

.....

podpis dziekana

Protokół Komisji Kwalifikacyjnej
z postępowania kwalifikacyjnego na Studia Podyplomowe

.....
(nazwa studiów)

Lp.	Nazwisko	Imię	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Pesel	Ukończona szkoła wyższa	Rok ukończenia szkoły wyższej	Numer dyplomu	Wniosek Komisji Kwalifikacyjnej
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

Szczecin, dnia

Komisja Kwalifikacyjna:

..... – Przewodniczący/Kierownik studiów podyplomowych

Członkowie:

1.
2.
3. – sekretarz

Prorektor ds. kształcenia ZUT

.....

Logo wydziału

Kwestionariusz osobowy na studia podyplomowe

Nazwa Studiów Podyplomowych:

1. Dane personalne:

- a) Nazwisko i imię/imiona
- b) Data i miejsce urodzenia
- c) Obywatelstwo
- d) Seria i nr dowodu
- e) Tożsamości
- f) PESEL
- g) Imiona rodziców
- h) Adres zameldowania
- i) Adres do korespondencji
- j) e-mail
- k) Telefon kontaktowy

2. Wykształcenie:

- a) Kraj
- b) Nazwa uczelni
- c) Wydział
- d) Kierunek
- e) Rok ukończenia studiów
- f) Nr dyplomu
- g) Data i miejsce wydania dyplomu
- h) Tytuł zawodowy
- i) Inne

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016 r., zwanego dalej (RODO), oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 poz. 1000), uczelnia informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie z siedzibą przy al. Piastów 17, 70-310 Szczecin.
2. Administrator danych osobowych powołał osobę nadzorującą prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którą można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: IOD.kurek@zut.edu.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są dla celów:
 - a) postępowania rekrutacyjnego na studia podyplomowe,
 - b) dokumentowania przebiegu studiów podyplomowych,
 - c) wykonania umowy o warunkach odpłatności za kształcenie na studiach podyplomowych,
 - d) statutowych, archiwalnych, statystycznych,
 - e) badania i oceny jakości kształcenia prowadzonych studiów podyplomowych w formie ankiet (jeśli wyrazi zgodę)*.
4. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a, b i e RODO w zw. z art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 poz. 1668 z późn. zm).
5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane.
6. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa oraz podmiotem, który świadczy usługi wsparcia technicznego dla systemu Uczelnia.XP.
7. Pani/Pana dane przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

Z ww. klauzulą informacyjną zapoznałam/em się

.....

(data i czytelny podpis)

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu badania i oceny jakości kształcenia prowadzonych studiów podyplomowych: **Tak/ Nie** (właściwe podkreślić)

.....

(data i czytelny podpis)

Kwestionariusz osobowy na Studia Podyplomowe (dla cudzoziemca)

Nazwa Studiów Podyplomowych

1. Dane personalne

- a) Nazwisko i imię
- b) Data i miejsce urodzenia
- c) Obywatelstwo
- d) Seria i nr dowodu tożsamości
- e) Nr paszportu
- f) Nr karty pobytu
- g) Nr wizy
- h) PESEL
- i) Imiona rodziców
- j) Adres zameldowania
- k) Adres do
- l) Korespondencji
- m) e-mail
- n) Telefon kontaktowy

2. Wykształcenie

- a) Kraj
- b) Nazwa uczelni
- c) Wydział
- d) Kierunek
- e) Rok ukończenia studiów
- f) Nr dyplomu
- g) Data i miejsce wydania dyplomu
- h) Tytuł zawodowy
- i) Inne

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016 r., zwanego dalej (RODO), oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 poz. 1000), uczelnia informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie z siedzibą przy al. Piastów 17, 70-310 Szczecin.
2. Administrator danych osobowych powołał osobę nadzorującą prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którą można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: IOD.kurek@zut.edu.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są dla celów:
 - a) postępowania rekrutacyjnego na studia podyplomowe,
 - b) dokumentowania przebiegu studiów podyplomowych,
 - c) wykonania umowy o warunkach odpłatności za kształcenie na studiach podyplomowych,
 - d) statutowych, archiwalnych, statystycznych,
 - e) badania i oceny jakości kształcenia prowadzonych studiów podyplomowych w formie ankiet (jeśli wyrazi zgodę)*.
4. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a, b i e RODO w zw. z art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018 poz. 1668 z późn. zm).
5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane.
6. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa oraz podmiotem, który świadczy usługi wsparcia technicznego dla systemu Uczelnia.XP.
7. Pani/Pana dane przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

Z ww. klauzulą informacyjną zapoznałam/em się

.....

(data i czytelny podpis)

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu badania i oceny jakości kształcenia prowadzonych studiów podyplomowych: **Tak/ Nie** (właściwe podkreślić)

.....

(data i czytelny podpis)

Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie

Karta okresowych osiągnięć uczestnika

Imię i Nazwisko:

Forma studiów i poziom kształcenia:

Studia:

Specjalność:

Nr albumu:

Semestr, rok akademicki:

Zarejestrowany na semestrze:

Lp.	ID	Odpowiedzialny za przedmiot	Nazwa przedmiotu	Forma zaliczenia	Ocena	Liczba punktów ECTS
1						
2						
3						

Minimalna wymagana liczba punktów z semestru:

Liczba punktów zdobytych z semestru:

Minimalna wymagana liczba punktów z dotychczasowych semestrów:

Liczba punktów zdobytych w dotychczasowych semestrach:

.....

data i podpis

kierownika studiów podyplomowych

Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie

.....
(jednostka organizacyjna)

Protokół

**egzaminu końcowego /oceny pracy końcowej uczestnika studiów podyplomowych*
lub innej formy zakończenia studiów podyplomowych:**

.....
nazwa studiów podyplomowych

Nazwisko i imię uczestnika studiów podyplomowych

Okres trwania studiów podyplomowych:

Temat pracy końcowej:

Imię i nazwisko promotora pracy końcowej:

Pracę przyjęto dnia: z wynikiem

Egzamin złożono w dniu: z wynikiem

Średnia ocen w toku studiów podyplomowych (egzamin, zaliczenia):

Ocena końcowa z ukończenia Studiów Podyplomowych

Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej

(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko)

(podpis)

Członkowie Komisji Egzaminacyjnej:

1.

(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko)

(podpis)

2.

(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko)

(podpis)

3.

(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko)

(podpis)

4.

(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko)

.....

(podpis)

Dziekan

(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko)

.....

(podpis)

Szczecin, dnia

* niewłaściwe skreślić

Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie

.....
(jednostka organizacyjna)

Protokół Zbiorczy
egzaminu końcowego /oceny pracy końcowej
lub innej formy zakończenia Studiów Podyplomowych*

.....
nazwa Studiów Podyplomowych

L.p.	Imię i Nazwisko uczestnika studiów podyplomowych	Nr albumu	Ocena końcowa z ukończenia studiów podyplomowych	Data
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej:
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

Członkowie Komisji Egzaminacyjnej:

1.
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

2.
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

3.
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

4. Kierownik studiów podyplomowych
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

Dziekan
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

Prorektor ds. kształcenia
(tytuł, stopień naukowy, imię i nazwisko) (podpis)

Szczecin, dnia

.....
* niewłaściwe skreślić

Szczecin, dnia

Wniosek
o likwidację Studiów Podyplomowych

.....
(nazwa studiów)

Prorektor ds. kształcenia

Zachodniopomorskiego Uniwersytetu

Technologicznego w Szczecinie

Wnoszę o likwidację studiów podyplomowych o nazwie

.....
utworzonych Zarządzeniem nr Rektora ZUT z dnia

.....
prowadzonych na Wydziale

.....
Studia podyplomowe likwidowane są z końcem roku akademickiego /

.....
Uzasadnienie

.....

.....

.....
podpis kierownika studiów podyplomowych

.....
podpis dziekana