

**OPIEKUN PRAKTYCZNEJ NAUKI ZAWODU W PLACÓWCE NA KIERUNKU
PIELĘGNIARSTWO**

Nazwisko i imię opiekuna.....
Nazwa jednostki.....
Oddział.....
Przedmiot.....
Liczba godzin dydaktycznych
Termin.....
Wyrażam zgodę na przyjęcie studentki/ta
na praktykę zawodową w oddziale

Wykształcenie, staż zawodowy, zajmowane stanowisko	mgr pielęgniarstwa lub inne wyższe mgr mające zastosowanie w pielęgniarstwie		i co najmniej 2 -letni staż związany z przedmiotem	
	Licencjat pielęgniarstwa ze specjalizacją			
	Pielęgniarka oddziałowa/koordynująca			
Aktualne prawo wykonywania zawodu	TAK			
	NIE			
Uprawnienia pedagogiczne	Posiada			
	w trakcie kursu			
	nie posiada			
Specjalizacja w zakresie przedmiotu, z którego realizowana jest praktyka	specjalizacja (jaka):			
	lub kursy:			
	lub inne szkolenia:			
Pieczętka oddziału				

Właściwe proszę zaznaczyć

.....
Czytelny podpis opiekuna praktyk

Decyzja Dziekana Wydziału Nauk Medycznych Akademii Nauk Stosowanych w Kielcach

Na podstawie § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15.05.2002 roku w sprawie standardów kształcenia pielęgniarek i położnych w szkołach wyższych i wyższych szkołach zawodowych opiniowana osoba spełnia wymagania opiekuna praktycznej nauki zawodu na kierunku pielęgniarstwo w zakresie:

.....

.....
Wydziałowy opiekun praktyk