

Kielce, dn.....

Imię i nazwisko

Kontaktowy nr telefonu
**Student Pielęgniarstwa: I roku 2 semestru
 Studiów Licencyjnych**
Podanie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w:

Pełna nazwa oraz adres jednostki ochrony zdrowia
Zakres i termin praktyki:

Zakres	Oddział	Opiekun	Termin realizacji
Podstawy Pielęgniarstwa 60 godzin			

Jednocześnie zobowiązuję się do przedstawienia przed rozpoczęciem praktyki zawodowej aktualnej książeczki zdrowia i orzeczenia lekarskiego dla celów sanitarno-epidemiologicznych, zaświadczenia o szczepieniach p/ko WZW typu B oraz polis ubezpieczeniowych OC i NNW.

Podpis Studenta

Instytucję reprezentuje.....

Stanowisko

Zgoda Zakładu Ochrony Zdrowia na odbycie praktyki
Decyzja Dziekana Wydziału Nauk Medycznych Akademii Nauk Stosowanych w Kielcach:
**Wyrażam zgodę na odbywanie studenckiej praktyki zawodowej
 przez Studenta I roku kierunku Pielęgniarstwo w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.**
OPIEKUN
 Studenckich praktyk zawodowych
 Wydziału Nauk Medycznych

mgr Halina Piotrowicz

 Wydziałowy koordynator praktyk

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych
dr Łukasz Baratyński

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

Kielce, dn.....

Imię i nazwisko

Kontaktowy nr telefonu
Student Pielęgniarstwa: II roku 3 semestru
Studiów Licencyjnych
Podanie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w:

Pełna nazwa oraz adres jednostki ochrony zdrowia
Zakres i termin praktyki:

Zakres	Oddział	Opiekun	Termin realizacji
Podstawy Pielęgniarstwa 60 godzin			

Jednocześnie zobowiązuję się do przedstawienia przed rozpoczęciem praktyki zawodowej aktualnej książeczki zdrowia i orzeczenia lekarskiego dla celów sanitarno-epidemiologicznych, zaświadczenia o szczepieniach p/ko WZW typu B oraz polis ubezpieczeniowych OC i NNW.

Podpis Studenta

Instytucję reprezentuje.....

Stanowisko

Zgoda Zakładu Ochrony Zdrowia na odbycie praktyki
Decyzja Dziekana Wydziału Nauk Medycznych Akademii Nauk Stosowanych w Kielcach:
**Wyrażam zgodę na odbywanie studenckiej praktyki zawodowej
 przez Studenta II roku kierunku Pielęgniarstwo w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.**
OPIEKUN
 Studenckich praktyk zawodowych
 Wydziału Nauk Medycznych

mgr Halina Piotrowicz

 Wydziałowy koordynator praktyk

 DEJEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Baratyński

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

Kielce, dn

Imię i nazwisko

Kontaktowy nr telefonu
Student Pielęgniarstwa: II roku 4 semestru
Studiów Licencyjnych
Podanie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w:

Pełna nazwa oraz adres jednostki ochrony zdrowia
Zakres i termin praktyki:

Zakres	Oddział	Opiekun	Termin realizacji
Interna i pielęgniarstwo internistyczne 160 godzin			
Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne 160 godzin			

Jednocześnie zobowiązuję się do przedstawienia przed rozpoczęciem praktyki zawodowej aktualnej książeczki zdrowia i orzeczenia lekarskiego dla celów sanitarno-epidemiologicznych, zaświadczenia o szczepieniach p/ko WZW typu B oraz polis ubezpieczeniowych OC i NNW.

Podpis Studenta

Instytucję reprezentuje.....

Stanowisko

Zgoda Zakładu Ochrony Zdrowia na odbycie praktyki
Decyzja Dziekana Wydziału Nauk Medycznych Akademii Nauk Stosowanych w Kielcach
Wyrażam zgodę na odbywanie studenckiej praktyki zawodowej
przez Studenta II roku kierunku Pielęgniarstwo w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.
OPIEKUN
 Studenckich praktyk zawodowych
 Wydziału Nauk Medycznych

mgr Halina Piotrowicz

 Wydziałowy koordynator praktyk

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Zaratynski

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

Kielce, dn

Imię i nazwisko

Kontaktowy nr telefonu
Student Pielęgniarstwa: III roku 5 semestru
Studiów Licencyjnych
Podanie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w:

Pełna nazwa oraz adres jednostki ochrony zdrowia
Zakres i termin praktyki:

Zakres	Oddział	Opiekun	Termin realizacji
Podstawowa opieka zdrowotna 140 godzin			
Gabinet lekarza rodzinnego 20 godzin			
Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne 80 godzin			
Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia 80 godz.			

Jednocześnie zobowiązuję się do przedstawienia przed rozpoczęciem praktyki zawodowej aktualnej książeczki zdrowia i orzeczenia lekarskiego dla celów sanitarno-epidemiologicznych, zaświadczenia o szczepieniach p/ko WZW typu B oraz polis ubezpieczeniowych OC i NNW.

Podpis Studenta

Instytucję reprezentuje.....

Stanowisko

Zgoda Zakładu Ochrony Zdrowia na odbycie praktyki
Decyzja Dziekana Wydziału Nauk Medycznych Akademii Nauk Stosowanych w Kielcach
Wyrażam zgodę na odbywanie studenckiej praktyki zawodowej

przez Studenta III roku kierunku Pielęgniarstwo w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia

OPIEKUN

 Studenckich praktyk zawodowych
 Wydziału Nauk Medycznych

mgr Halina Piotrowicz

 Wydziałowy koordynator praktyk

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Baratyński

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

Kielce, dn

Imię i nazwisko

Kontaktowy nr telefonu
Student Pielęgniarstwa: III roku 6 semestru
Studiów Licencyjnych
Podanie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w:

Pełna nazwa oraz adres jednostki ochrony zdrowia
Zakres i termin praktyki:

Zakres	Oddział	Opiekun	Termin realizacji
Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne 80 godz.			
Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze 40 godz.			
Geriatrycja i pielęgniarstwo geriatryczne 80 godz.			

Jednocześnie zobowiązuję się do przedstawienia przed rozpoczęciem praktyki zawodowej aktualnej książeczki zdrowia i orzeczenia lekarskiego dla celów sanitarno-epidemiologicznych, zaświadczenia o szczepieniach p/ko WZW typu B oraz polis ubezpieczeniowych OC i NNW.

Podpis Studenta

Instytucję reprezentuje.....

Stanowisko

Zgoda Zakładu Ochrony Zdrowia na odbycie praktyki
Decyzja Dziekana Wydziału Nauk Medycznych Akademii Nauk Stosowanych w Kielcach:
**Wyrażam zgodę na odbywanie studenckiej praktyki zawodowej
przez Studenta III roku kierunku Pielęgniarstwa w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.**
OPIEKUN
 Studenckich praktyk zawodowych
 Wydziału Nauk Medycznych

mgr Halina Piotrowicz

Wydziałowy koordynator praktyk

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Gałatyński

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

Kielce, dn

Imię i nazwisko

Kontaktowy nr telefonu
**Student Pielęgniarstwa: IV roku 7 semestru
 Studiów Licencyjnych**
Podanie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w:

Pełna nazwa oraz adres jednostki ochrony zdrowia
Zakres i termin praktyki:

Zakres	Oddział	Opiekun	Termin realizacji
Pediatrya i pielęgniarstwo pediatryczne 160 godz.			
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej 40 godz.			
Opieka paliatywna 40 godz.			

Jednocześnie zobowiązuję się do przedstawienia przed rozpoczęciem praktyki zawodowej aktualnej książeczki zdrowia i orzeczenia lekarskiego dla celów sanitarno-epidemiologicznych, zaświadczenia o szczepieniach p/ko WZW typu B oraz polis ubezpieczeniowych OC i NNW.

Podpis Studenta

Instytucję reprezentuje.....

Stanowisko

Zgoda Zakładu Ochrony Zdrowia na odbycie praktyki
Decyzja Dziekana Wydziału Nauk Medycznych Akademii Nauk Stosowanych w Kielcach:
**Wyrażam zgodę na odbywanie studenckiej praktyki zawodowej
 przez Studenta IV roku kierunku Pielęgniarstwa w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.**
OPIEKUN
 Studenckich praktyk zawodowych
 Wydziału Nauk Medycznych

mgr. Halina Piotrowicz
 Wydziałowy koordynator praktyk

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Baratyński

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych