AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach
25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109 A, tel. (41) 345 13 13, fax (41) 345-78-88, ans@lipinski.edu.pl, www.lipinski.edu.pl

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Kontaktowy nr telefonu

Student Pielęgniarstwa: I roku 2 semestru

Studiów Licencjackich

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
KOMS
mgr Edyta Koruc
.....
Wydziałowy koordynator praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych
dr Łukasz Łaratyński
.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach
25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109 A, tel. (41) 345 13 13, fax (41) 345-78-88, ans@lipinski.edu.pl, www.lipinski.edu.pl

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

.....

Kontaktowy nr telefonu

Student Pielęgniarstwa: II roku 3 semestru

Studiów Licencjackich

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
KOMS
mgr Edyta Korus

.....
Wydziałowy koordynator praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych
dr Łukasz Baratyński

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach
25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109 A, tel. (41) 345 13 13, fax (41) 345-78-88, ans@lipinski.edu.pl, www.lipinski.edu.pl

Kielce, dn .....

.....
Imię i nazwisko

.....
Kontaktowy nr telefonu

Student Pielęgniarstwa: II roku 4 semestru

Studiów Licencjackich

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.

ORYGINAŁ
studenckich praktyk zawodowych
Wydziału Nauk Medycznych

.....mgr Edyta Koma.....
Wydziałowy koordynator praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych

.....dr Łukasz Baczyński.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach
25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109 A, tel. (41) 345 13 13, fax (41) 345-78-88, ans@lipinski.edu.pl, www.lipinski.edu.pl

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Kontaktowy nr telefonu

Student Pielęgniarstwa: III roku 5 semestru

Studiów Licencjackich

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
KOMS
mgr Edyta Koms
.....
Wydziałowy koordynator praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych
dr Łukasz Baratyński
.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach
25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109 A, tel. (41) 345 13 13, fax (41) 345-78-88, ans@lipinski.edu.pl, www.lipinski.edu.pl

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Kontaktowy nr telefonu

Student Pielęgniarstwa: III roku 6 semestru
Studiów Licencjackich

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.**			
Geriatria 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 Pielęgniarstwo w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

OPIEKUN
studenckich praktyk zawodowych
Wydziału Nauk Medycznych
Koms
mgr Edyta Koruś
.....
Wydziałowy koordynator praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych
dr Łukasz Waratyński
.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach
25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109 A, tel. (41) 345 13 13, fax (41) 345-78-88, ans@lipinski.edu.pl, www.lipinski.edu.pl

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Kontaktowy nr telefonu

Student Pielęgniarstwa: IV roku 7 semestru
Studiów Licencjackich

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
Pediatria 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 Pielęgniarstwo w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

OPIEKUN
studenckich praktyk zawodowych
Wydziału Nauk Medycznych
KORUS
mgr Edyta Korus

.....
Wydziałowy koordynator praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych
dr Łukasz Barątyński

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych