

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 Karolina Domeradźka

 Wydziałowy koordynator praktyk

 AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
 im. prof. Edwarda Lipińskiego
 w Kielcach

 WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH
 25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109A

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

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
 mgr Karolina Domeradźka
 Wydziałowy koordynator praktyk

 AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
 im. prof. Edwarda Lipińskiego
 w Kielcach

 WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH
 25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109A

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

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.

OPIEKUN
 studenckich praktyk zawodowych

Wydziału Nauk Medycznych

.. mgr. Karolina Dómeradzka

Wydziałowy koordynator praktyk

 AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
 im. prof. Edwarda Lipińskiego
 w Kielcach

 WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH
 25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109A

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz B.

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

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			

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 Karolina Domeradзка

 Wydziałowy koordynator praktyk

 AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
 im. prof. Edwarda Lipińskiego
 w Kielcach

 WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH
 25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109A

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

.....
 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-płożnicze – 40 godz.			
Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne – 80 godz.			
Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia – 80 godz.			
Pediatryka 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 III roku kierunku Pielęgniarstwo w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

OPIEKUN

 studenckich praktyk zawodowych
 Wydziału Nauk Medycznych
 mgr Karolina Gomeradzka

 Wydziałowy koordynator praktyk

 AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
 im. prof. Edwarda Lipińskiego
 w Kielcach

 WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH
 25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109A

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Pietyński

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych