

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<br>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

 AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH  
 im. prof. Edwarda Lipińskiego  
 w Kielcach

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

 DZIEKAN  
 Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Boratyński

 .....  
 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<br>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

**AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH**  
 im. prof. Edwarda Lipińskiego  
 w Kielcach

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

**DZIEKAN**  
 Wydziału Nauk Medycznych

*dr Łukasz Muratyński*

 .....  
 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<br>160 godzin |         |         |                   |
| Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne<br>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

.....  
Wydzielnik Prowadzący

**AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH**  
im. prof. Edwarda Lipińskiego  
w Kielcach

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

**DZIEKAN**  
Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Barański

.....  
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<br><b>140 godzin</b>                      |         |         |                   |
| Gabinet lekarza rodzinnego<br><b>20 godzin</b>                        |         |         |                   |
| Neurologia i pielęgniarstwo<br>neurologiczne<br><b>80 godzin</b>      |         |         |                   |
| Anestezjologia i pielęgniarstwo w<br>zagrożeniu życia <b>80 godz.</b> |         |         |                   |

*Jednocześnie zobowiązuje 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

**AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH**  
im. prof. Edwarda Lipińskiego  
w Kielcach

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

**DZIEKAN**  
Wydziału Nauk Medycznych

*dr Łukasz Gąrczyński*

.....  
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

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:**

| <b>Zakres</b>                                                                  | <b>Oddział</b> | <b>Opiekun</b> | <b>Termin realizacji</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|--------------------------|
| Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne – 80 godz.                         |                |                |                          |
| Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze – 40 godz. |                |                |                          |
| Geriatryka 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

.....  
**mgr Halina Piotrowicz**  
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 Łopatyński**  
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

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:**

| <b>Zakres</b>                                          | <b>Oddział</b> | <b>Opiekun</b> | <b>Termin realizacji</b> |
|--------------------------------------------------------|----------------|----------------|--------------------------|
| Pediatryczna 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

 ...mgr Halina Piotrowicz.....  
 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 Barański

Dziekan Wydziału Nauk Medycznych