

**WYŻSZA SZKOŁA EKONOMII, PRAWA I NAUK MEDYCZNYCH**

im. prof. Edwarda Lipińskiego

25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 169.A, tel. (41) 345 13 13, 345 69 19 fax (41) 345-78-88, wseip@wseip.edu.pl, www.wseip.edu.pl

Kielce, dn.....

.....
*Imię i nazwisko***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
Wyższej Szkoły Ekonomii Prawa i Nauk Medycznych
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 Edyta Korus*

Wydziałowy koordynator praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych*dr Łukasz Baratyński*

Dziekan Wydziału Nauk Medycznych



WYŻSZA SZKOŁA EKONOMII, PRAWA I NAUK MEDYCZNYCH
im. prof. Edwarda Lipińskiego

15-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109.A, tel. (41) 345 13 13, 345 69 19 fax (41) 345-78-88, wseip@wseip.edu.pl, www.wseip.edu.pl

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

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
Wyższej Szkoły Ekonomii Prawa i Nauk Medycznych
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
Korus
mgr Edyta Korus

.....
Wydziałowy koordynator praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych
dr Łukasz Baratyński

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych



WYŻSZA SZKOŁA EKONOMII, PRAWA I NAUK MEDYCZNYCH
im. prof. Edwarda Lipińskiego

25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109.A, tel. (41) 345 13 13, 345 69 19 fax (41) 345-78-88, wseip@wseip.edu.pl, www.wseip.edu.pl

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

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
Wyższej Szkoły Ekonomii Prawa i Nauk Medycznych
w Kielcach**

Wyrażam zgodę na odbywanie studenckiej praktyki zawodowej przez Studenta II roku kierunku Pielęgniarstwo w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

.....
Wydziałowy koordynator praktyk

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

OPIEKUN
studenckich praktyk zawodowych
Wydziału Nauk Medycznych
Korus
mgr Edyta Korus

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych

dr. Łukasz Barański



WYŻSZA SZKOŁA EKONOMII, PRAWA I NAUK MEDYCZNYCH

im. prof. Edwarda Lipińskiego

25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109.A, tel. (41) 345 13 13, 345 69 19 fax (41) 345-78-88, wseip@wseip.edu.pl, www.wseip.edu.pl

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

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 Wyższej Szkoły Ekonomii Prawa i Nauk Medycznych 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
Korus
mgr Edyta Korus

.....
Wydziałowy koordynator praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych

.....
dr. Łukasz Bratysłski
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych



WYŻSZA SZKOŁA EKONOMII, PRAWA I NAUK MEDYCZNYCH

im. prof. Edwarda Lipińskiego

25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109.A, tel. (41) 345 13 13, 345 68 19 fax (41) 345-78-88, wseip@wseip.edu.pl, www.wseip.edu.pl

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

**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.			
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 Wyższej Szkoły Ekonomii Prawa i Nauk Medycznych w Kielcach: Wyrażam zgodę na odbywanie studenckiej praktyki zawodowej przez Studenta III roku kierunku Pielęgniarstwo w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

.....
Wydziałowy koordynator praktyk

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

OPIEKUN
studenckich praktyk zawodowych
Wydziału Nauk Medycznych
Korus
mgr Edyta Korus

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych

Barański



WYŻSZA SZKOŁA EKONOMII, PRAWA I NAUK MEDYCZNYCH
im. prof. Edwarda Lipińskiego

26-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109.A, tel. (41) 345 13 13, 345 69 19 fax (41) 345-78-88, wseip@wseip.edu.pl, www.wseip.edu.pl

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

Student Pielęgniarstwa: III 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
Pediatrya i pielęgniarstwo pediatryczne – 160 godz.			
Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo ginekologiczno- położnicze – 40 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 Wyższej Szkoły Ekonomii Prawa i Nauk Medycznych w Kielcach: Wyrażam zgodę na odbywanie studenckiej praktyki zawodowej przez Studenta, III roku kierunku Pielęgniarstwo w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

.....
Wydziałowy koordynator praktyk

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

OPIEKUN
studenckich praktyk zawodowych
Wydziału Nauk Medycznych
mgr Edyta Korus