

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 Anna Szalós  
Wydziałowy koordynator praktyk

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 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 Anna Szalas.....  
Wydziałowy koordynator praktykDZIEKAN  
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 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 <b>160 godzin</b>			
Chirurgia i pielęgniarstwo chirurgiczne <b>160 godzin</b>			

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.

 .....  
 DZIEKAN  
 Wydziału Nauk Medycznych

 .....  
*dr Łukasz Baratyński*

 .....  
 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

 .....  
 Wydziałowy koordynator praktyk  
 OPIEKUN  
 studenckich praktyk zawodowych  
 Wydziału Nauk Medycznych

 .....  
 mgr Anna Szalas



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 <b>140 godzin</b>			
Gabinet lekarza rodzinnego <b>20 godzin</b>			
Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne <b>80 godzin</b>			
Anestezjologia i pielęgniarstwo w 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 Anna Szalas

Wydziałowy koordynator praktyk

DZIEKAN  
Wydziału Nauk Medycznych

.....  
dr Łukasz Barański

.....  
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.			
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 Pielęgniarstwo w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

**DZIEKAN**  
Wydziału Nauk Medycznych  
*dr Łukasz Baratyński*

.....  
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

.....  
Wydziałowy koordynator praktyk

**OPIEKUN**  
studenckich praktyk zawodowych  
Wydziału Nauk Medycznych  
*mgr Anna Szalas*



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
Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne – 160 godz.			
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej – 40 godz.			
Opieka paliatywna – 40 godz.			
Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo ginekologiczno-płożnicze – 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  
.....  
Wydziałowy koordynator praktyk

.....  
DZIEKAN  
Wydziału Nauk Medycznych  
*dr Łukasz Boratyński*

.....  
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych