

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 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 Barański

.....
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 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 Baratyński

.....
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 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

.....
Wydrukowano z systemu

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 140 godzin			
Gabinet lekarza rodzinnego 20 godzin			
Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne 80 godzin			
Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia 80 godz.			

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 Gąsienki

 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.			
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 Zarzyński
 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:

Zakres	Oddział	Opiekun	Termin realizacji
Pediatriczna 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 Doratyński

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych