

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

Student Pielęgniarstwa: I roku I semestru

Studiów Magisterskich Uzupełniających

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
Zarządzanie w pielęgniarstwie 20 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.....

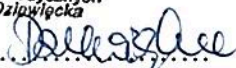
Stanowisko

.....
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 - Studia Magisterskie Uzupełniające, w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

OPIEKUN Studenckich
praktyk zawodowych
Wydział Nauk Medycznych
mgr Edyta Dziwińska

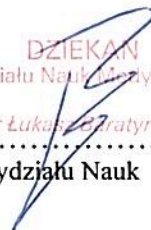


.....
Wydziałowy opiekun praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Zratyriski

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych



Kielce, dn.....

Imię i nazwisko
**Student Pielęgniarstwa: I roku 2 semestru
 Studiów Magisterskich Uzupełniających**
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
Wypisywanie recept i zleceń na środki ortopedyczne i specjalnego przeznaczenia 20 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 - Studia Magisterskie Uzupełniające, w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

**OPIEKUN Studenckich
 praktyk zawodowych
 Wydział Nauk Medycznych
 mgr Edyta Dziewięcka**


 Wydziałowy opiekun praktyk

**DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych**
dr Łukasz Baratyński

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

Kielce, dn.....

 Imię i nazwisko

Student Pielęgniarstwa: II roku 3 semestru
Studiów Magisterskich Uzupełniających
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
Edukacja terapeutyczna w wybranych chorobach przewlekłych 40 godzin			
Wentylacja mechaniczna długoterminowa w opiece stacjonarnej i domowej 40 godzin			
Podstawowa opieka zdrowotna (gabinety pielęgniarki i lekarza POZ) 20 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 - Studia Magisterskie Uzupełniające, w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

 OPIEKUN Studenckich
 praktyk zawodowych
 Wydział Nauk Medycznych
 mgr Edyta Dziewięcka

 Wydziałowy opiekun praktyk

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Białyński

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

Student Pielęgniarstwa: II roku 4 semestru

Studiów Magisterskich Uzupełniających

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
Opieka onkologiczna 40 godzin			
Pracownia endoskopowa 40 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 - Studia Magisterskie Uzupełniające, w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

I. **OPIEKUN** Studenckich
praktyk zawodowych
Wydział Nauk Medycznych
mgr Edyta Białowicka

.....
Wydziałowy opiekun praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Baranowski

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych