

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 Anna Szalas

Wydziałowy koordynator praktyk

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

 dr Łukasz Baratyński

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 praktyk

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

 dr Łukasz Barański

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 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
Wydziałowy koordynator praktyk
Wydziału Nauk Medycznych
mgr Anna Szalas

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Baratyński

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

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 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
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 Baratyński

 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:

Zakres	Oddział	Opiekun	Termin realizacji
Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne – 80 godz.			
Położnictwo, ginekologia i pielęgniarstwo ginekologiczno-płożnicze – 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

.....
Wydziałowy koordynator praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych

.....
dr Łukasz Baratyński
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
Pediatria 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

 Wydziałowy koordynator praktyk

 DZIEKAN
 Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Baratyński

 Dziekan Wydziału Nauk Medycznych