



AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH

im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach

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

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

Student Pielęgniarstwa: I roku I semestru

Studiów Magisterskich Uzupełniających

Nr Tel.

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
Wydziału Nauk Medycznych
mgr Małgorzata Świdarska

.....
Wydziałowy opiekun praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych
dr Łukasz Barański

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

Student Pielęgniarstwa: I roku 2 semestru

Studiów Magisterskich Uzupełniających

Nr. Tel.

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 i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych układu krążenia i w cukrzycy 30 godzin			
Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych układu oddechowego i w chorobach o podłożu alergicznym 30 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
Wydziału Nauk Medycznych
mgr Małgorzata Świdorska

.....
Wydziałowy opiekun praktyk

.....
DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych
dr Łukasz Barczyński

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

Kielce, dn.

.....
Imię i nazwisko

Student Pielęgniarstwa: II roku 3 semestru
Studiów Magisterskich Uzupełniających

Nr Tel.

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 i edukacja terapeutyczna w chorobach nowotworowych, ranach przewlekłych i przetokach oraz bólu przewlekłym i ostrym 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

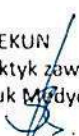
Instytucję reprezentuje.....

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.

OPIEKUN
studenckich praktyk zawodowych
Wydziału Nauk Medycznych

mgr Małgorzata Świdorska

.....
Wydziałowy opiekun praktyk

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Baratyński

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

Kielce, dn.....

.....
Imię i nazwisko

Student Pielęgniarstwa: II roku 4 semestru
Studiów Magisterskich Uzupełniających
Nr. Tel.
Podanie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w:

.....
Pelna nazwa oraz adres jednostki ochrony zdrowia
Zakres i termin praktyki:

Zakres	Oddział	Opiekun	Termin realizacji
Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych nerek (20 godzin)			
Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych układu nerwowego i zaburzeniach zdrowia psychicznego (20 godzin)			
Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych wymagających tlenoterapii ciągłej i wentylacji mechanicznej (20 godzin)			
Ordynowanie leków i wypisywanie recept (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.

.....
Wydziałowy opiekun praktyk
OPIEKUN
studenckich praktyk zawodowych
Wydziału Nauk Medycznych
mgr Małgorzata Świdorska

.....
DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych
Dr. Łukasz Bardziński
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych