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 1 semestru

studiów drugiego stopnia

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

<u>Decyzja Dziekana Wydziału Nauk Medycznych Akademii Nauk Stosowanych w Kielcach:</u>
Wyrażam zgodę na odbywanie studenckiej praktyki zawodowej przez Studenta I roku kierunku Pielęgniarstwo - studia drugiego stopnia, w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

OPIEKUN Studenckich praktyk zawodowych Wydziału Nauk Medycznych mgr Ewa Bachymczyk

.....
Wydziałowy opiekun 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

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 2 semestru

studiów drugiego stopnia

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 nerek **20 godzin**			
Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych układu nerwowego i zaburzeń zdrowia psychicznego **20 godzin**			
Opieka i edukacja terapeutyczna w chorobach przewlekłych wymagających tlenoterapii ciągłej i wentylacji mechanicznej **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

<u>Decyzja Dziekana Wydziału Nauk Medycznych Akademii Nauk Stosowanych w Kielcach:</u>
Wyrażam zgodę na odbywanie studenckiej praktyki zawodowej przez Studenta I roku kierunku Pielęgniarstwo - studia drugiego stopnia, w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

DZIEKAN Wydziału Nauk Medycznych

.....
Wydziałowy opiekun praktyk

Studenckich Praktyk Zawodowych Wydziału Nauk Medycznych mgr Ewa Jachymczyk

AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach
WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH
25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109A

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

dr Łukasz Barabyński

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: II roku 3 semestru

studiów drugiego stopnia

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 **20 godzin**			
Opieka i edukacja terapeutyczna w cukrzycy **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

<u>Decyzja Dziekana Wydziału Nauk Medycznych Akademii Nauk Stosowanych w Kielcach:</u>
Wyrażam zgodę na odbywanie studenckiej praktyki zawodowej przez Studenta II roku kierunku Pielęgniarstwo - studia drugiego stopnia, w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

Studenckich Praktyk Zawodowych Wydziału Nauk Medycznych OPIEKUN mgr Ewa Achymczyk

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

....
Wydziałowy opiekun praktyk Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

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: II roku 4 semestru

studiów drugiego stopnia

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 oddechowego i w chorobach o podłożu alergicznym **20 godzin**			
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 drugiego stopnia, w w/w Jednostce Ochrony Zdrowia.

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych

.....
Wydziałowy opiekun praktyk

AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
im. prof. Edwarda Lipińskiego
w Kielcach
WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH
25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 109A

.....
Dziekan Wydziału Nauk Medycznych

Studenckich Praktyk Zawodowych
Wydziału Nauk Medycznych
mgr Ewa Jachymczyk