

KARTA ZGŁOSZENIA PRAKTYKI

KIERUNEK RATOWNICTWO MEDYCZNE

STUDIA NIESTACJONARNE I STOPNIA

Nazwisko i imię studenta:.....

semestr: rok:

nr indeksu

Zakres praktyki:

.....

Pełna nazwa i adres placówki, w której student będzie odbywał praktykę:

.....

.....

Opiekun praktyk – imię i nazwisko, telefon kontaktowy (opiekunem praktyk może być jedynie osoba posiadająca tytuł zawodowy magistra)

.....

.....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do podpisania umowy / porozumienia

.....

Termin odbycia praktyki:

.....

Potwierdzenie przyjęcia studenta na bezpłatną praktykę zawodową:

Potwierdzam przyjęcie studenta na bezpłatną praktykę zawodową, jednocześnie oświadczam że placówka realizuje świadczenia objęte programem praktyk, a w skład personelu medycznego placówki wchodzi osoby mogące pełnić funkcję opiekuna praktyk (co najmniej magister). Placówka jest również wyposażona w sprzęt i materiały medyczne niezbędne do prawidłowego kształtowania umiejętności praktycznych oraz ochrony przed zakażeniami i wypadkami personelu.

Pieczętka placówki

Podpis + pieczętka imienna

.....

.....

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (wypełnia Uczelnia)

.....