

**KARTA ZGŁOSZENIA PRAKTYKI**

*KIERUNEK LEKARSKI*

STACJONARNE JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE

Nazwisko i imię studenta: .....

Rok studiów: **drugi**

Nr albumu: .....

Praktyka wakacyjna w zakresie **podstawowej opieki zdrowotnej** – 3 tygodnie (90 godzin – 30 godzin zegarowych w tygodniu).

Pełna nazwa i adres placówki, w której student będzie odbywał praktykę (gabinet lekarza POZ):

.....  
.....

Opiekun praktyk – imię i nazwisko, telefon kontaktowy (lekarz)

.....  
.....

Termin odbycia praktyki (lipiec – wrzesień):

.....

Potwierdzenie przyjęcia studenta na bezpłatną praktykę wakacyjną :

Potwierdzam przyjęcie studenta na bezpłatną praktykę wakacyjną, jednocześnie oświadczam że placówka realizuje świadczenia objęte programem praktyk. Placówka jest również wyposażona w sprzęt i materiały niezbędne do prawidłowego kształtowania umiejętności praktycznych oraz ochrony przed zakażeniami i wypadkami personelu.

Pieczętka placówki

Podpis + pieczętka imienna pracownika

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (wypełnia Uczelnia)

.....