……………………………………………………………. Radom, dnia ……………

Imię, nazwisko studenta

…………………………………………………………..

Kierunek, rok, semestr studiów

…………………………………..

Nr albumu

…………………………….......

Telefon kontaktowy

**Zarząd**

**Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego**

**w Radomiu**

**ul. Aleksandrowicza 5,**

**26-600 Radom**

**Skierowanie**

Zgodnie z porozumieniem z dnia …………………………..Uniwersytet Radomski im. Kazimierza Pułaskiego, kieruje Panią/Pana …………………………………………………………………studentkę/a, kierunku pielęgniarstwo …………….. roku studiów …………..……… celem odbycia obowiązkowej praktyki zawodowej w …………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa i adres placówki)

z przedmiotu/ów ……………………………………………………………………………………………….

w terminie od:………………........................................do:……………………………………………………

W wymiarze …………………………godzin dydaktycznych zgodnie z harmonogramem.

Jednocześnie oświadczam, że w roku akademickim ……...…/…………. studentka/t posiada dokumenty:

* aktualną książeczkę zdrowia lub orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań pod względem sanitarno-epidemiologicznym do podjęcia praktyki,
* potwierdzone szczepienie przeciwko WZW typu B
* ważną polisę OC i NNW z rozszerzeniem o ekspozycję zawodową na materiał zakaźny.

Z ramienia uczelni osobą odpowiedzialną za organizacje praktyk zawodowych jest:

**dr Karol Czernecki**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

Imię nazwisko uczelnianego koordynatora praktyk - kontakt telefoniczny

Opiekun praktyki wskazany przez Zakład pracy

……………………………………………………………………………………………………………....

imię, nazwisko, tytuł/stopień kontakt telefoniczny

……………………………

Data i podpis

Dziekana Wydziału

**Szczegółowy harmonogram praktyk zawodowych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dzień tygodnia | Data | Godziny od …. do …. | Liczba godzin zegarowych \* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Suma |  |

**\* 1 godzina dydaktyczna jest równa 0,75 godziny zegarowej**

………………………………. ……………………………...

Data i Podpis

Dyrektora placówki . Data i Podpis

Opiekuna praktyk wskazanego przez zakład pracy