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

Imię, nazwisko studenta

…………………………………………………………..

Kierunek, rok, semestr studiów

…………………………………..

Nr albumu

…………………………….......

Telefon kontaktowy

**Dyrekcja**

**Samodzielnego Wojewódzkiego**

**Publicznego Zespołu Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej**

**ul. Krychnowicka 1,**

**26-607 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