

.....
(Nazwisko i imię studenta)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Nr albumu)

.....
(rok studiów / kierunek/ stopień studiów)

WNIOSEK (WP, WFZ, WNoZ)
o wyrażenie zgody na zorganizowanie praktyki we własnym zakresie

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki zawodowej w:

.....
nazwa i adres Podmiotu

w terminie.....zgodnie z załączoną kartą praktyki

Przedmiot/nazwa/zakres praktyki	Wymiar godzin dydaktycznych	Oddział/placówka

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie przez Uczelnię moich danych osobowych zawartych we wniosku Podmiotowi, o którym mowa powyżej, w celu uzyskania zgody na realizację praktyki zgodnie z wnioskiem.

.....
data i podpis studenta

¹ Załącznik zmieniony zarządzeniem nr 191/XVI R/2024 Rektora UMW z dnia 10 września 2024 r.

Zgoda Podmiotu, w którym będzie realizowana praktyka:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na odbycie praktyki zgodnie z załączoną kartą praktyk.

przez studenta
imię i nazwisko

w
nazwa i adres Podmiotu

Podmiot stwarza wszelkie możliwości na realizację praktyki zawodowej zgodnie z przewidywanym programem praktyki.

Wyznaczam na opiekuna praktyki:
imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez Podmiot do kształcenia praktycznego

nr tel. opiekuna praktyki w placówce

nr prawa wykonywania zawodu**
(dotyczy kierunków pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia, ratownictwo medyczne, nie dotyczy kierunków dietetyka i zdrowie publiczne)

.....
data, pieczęć, podpis dyrektora/kierownika Podmiotu

dla kierunku pielęgniarstwo:

studia I st.: osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub zawodu położnej, będącej pracownikiem danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym odbywa się praktyka, a nadzór nad realizacją praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni

studia II st.: osoby posiadającej prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, będącej pracownikiem danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym odbywa się praktyka, a nadzór nad realizacją praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni

dla kierunku położnictwo:

studia I st.: osoby posiadającej prawo wykonywania zawodu położnej lub zawodu pielęgniarki, będącej pracownikiem danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym odbywa się praktyka, a nadzór nad prowadzeniem praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni

studia II st.: osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu położnej, będącej pracownikiem danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, nadzór nad prowadzeniem praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni

Praktyki zawodowe w zakresie diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii są prowadzone pod kierunkiem osoby posiadającej kompetencje zawodowe oraz doświadczenie w tym zakresie.

dla kierunku fizjoterapia:

studia jednolite mgr: fizjoterapeuta, posiadający prawo wykonywania zawodu, z tym, że praktyka asystencka może być realizowana pod kierunkiem lekarza rehabilitacji, a nadzór nad prowadzeniem praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni

dla kierunku ratownictwo medyczne:

studia I st.: osoba wykonująca zawód ratownika medycznego lub posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza, ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, będących pracownikami podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym odbywa się praktyka, a nadzór nad prowadzeniem praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni

Rozstrzygnięcie Dziekana w zakresie objętym wnioskiem

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki/Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki*

Uzasadnienie (w przypadku niewyrażenia zgody).....
.....
.....

.....
data i podpis Dziekana

* niewłaściwe skreślić

** dotyczy prawa wykonywania zawodu

**Kryteria doboru miejsc odbywania praktyk zawodowych
studentów Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
kierunek Położnictwo**

.....
data

.....
pieczęć placówki

L.p	Informacje dotyczące placówki	TAK	NIE
1.	Jednostka świadczy szeroki zakres usług diagnostycznych i leczniczych, terapeutycznych i/lub rehabilitacyjnych co zapewnia realizację celów dydaktycznych.		
2.	Realizacja świadczeń (usług) w placówce jest zgodna z obowiązującymi uregulowaniami prawnymi w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa oraz standardami i właściwymi procedurami dla profilu działalności.		
3.	Charakter i zakres świadczeń (usług) jednostki umożliwia realizację efektów kształcenia kierunkowego (kierunek: Położnictwo).		
4.	Placówka dysponuje odpowiednim zapleczem (sprzęt i materiały niezbędne do realizacji efektów kształcenia) umożliwiającym doskonalenie umiejętności praktycznych w rzeczywistych warunkach pracy zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami.		
	W placówce są pomieszczenia dydaktyczne do realizacji praktyki zawodowej.		
	Placówka dysponuje zapleczem socjalnym (stołówka, barek, bufet) i szatnią.		
5.	Placówka zobowiązuje się do wyznaczenia spośród personelu zatrudnionego osoby-opiekuna praktyki zawodowej w placówce, posiadającej odpowiednie wykształcenie * mające zastosowanie przy udzielaniu świadczeń właściwych dla realizacji praktyki zawodowej.		

* **informacja dotycząca opiekuna praktyk: Położnictwo I stopnia (licencjat):** Praktyki zawodowe są prowadzone pod kierunkiem osoby posiadającej prawo wykonywania zawodu położnej lub zawodu pielęgniarki, będącej pracownikiem danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym odbywa się praktyka, a nadzór nad prowadzeniem praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni.

* **informacja dotycząca opiekuna praktyk: Położnictwo II stopnia (magisterka):** Praktyki zawodowe są prowadzone pod kierunkiem osoby posiadającej prawo wykonywania zawodu położnej, będącej pracownikiem danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a nadzór nad prowadzeniem praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni. Praktyki zawodowe w zakresie diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii są prowadzone pod kierunkiem osoby posiadającej kompetencje zawodowe oraz doświadczenie w tym zakresie.

.....
imię i nazwisko
opiekuna praktyki w placówce

.....
miejscowość, data
pieczęć i podpis osoby upoważnionej