

.....
(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 Ratownictwo Medyczne**

.....
data

.....
pieczęć placówki

Lp.	Informacje dotyczące placówki	TAK	NIE
1.	Placówka stanowi jednostkę systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w rozumieniu ustawy o PRM (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410 ze zm.)*		
2.	Placówka stanowi jednostkę współpracującą z systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w rozumieniu ustawy o PRM (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410 ze zm.)**		
3.	Placówka świadczy szeroki pakiet usług w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub zespołów ratownictwa medycznego*		
4.	Realizacja świadczeń (usług) jest zgodna z aktualnie obowiązującymi przepisami ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zgodnymi dla profilu działalności		
5.	Charakter placówki pozwala realizować przewidziane programem praktyk efekty kształcenia		
6.	Placówka posiada odpowiednie zaplecze sprzętowe umożliwiające realizację efektów kształcenia przewidzianych programem praktyk w rzeczywistych warunkach pracy		
7.	Instytucja zobowiązuje się do wyznaczenia spośród zatrudnionego personelu opiekuna praktyk w placówce (posiadającego wykształcenie mające zastosowanie przy udzielaniu świadczeń właściwych dla realizacji praktyki)		

* dotyczy praktyk realizowanych w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub zespołu ratownictwa medycznego

** dotyczy praktyk realizowanych w jednostkach współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne

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

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