

.....
(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 Pielęgniarstwo**

Data

(pieczęć placówki)

l.p.	Informacje dotyczące placówki	TAK	NIE
1.	Placówka świadczy szeroki zakres usług diagnostycznych i/lub leczniczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych co zapewnia realizację celów dydaktycznych		
2.	Jednostka dysponuje specjalistycznym sprzętem, umożliwiając zdobywanie praktycznej wiedzy w dziedzinie pielęgniarstwa.		
3.	W placówce stanowiska pracy wyposażone są w sprzęt i materiał medyczny niezbędny do kształtowania umiejętności praktycznych zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami.		
4.	Liczba i wysokie kwalifikacje kadry pielęgniarstwa zapewniają osiągnięcie celów kształcenia praktycznego		
5.	W placówce są pomieszczenia dydaktyczne do realizacji zajęć.		
6.	Placówka dysponuje zapleczem socjalnym (stołówka, barek, bufet) i szatnią.		

***informacja dotycząca opiekuna praktyk: Pielęgniarstwo I stopnia (licencjat):** praktyki zawodowe są prowadzone pod kierunkiem osoby posiadającej 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.

*** informacja dotycząca opiekuna praktyk: Pielęgniarstwo II stopnia (magisterka):** praktyki zawodowe są prowadzone pod kierunkiem 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.

.....
Imię i nazwisko opiekuna praktyki w placówce

.....
miejsowość, data, imienna pieczęć i podpis osoby upoważnionej

