

.....
(Nazwisko i imię studenta)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Nr albumu)

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

WNIOSEK (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

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 Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

kierunek Zdrowie Publiczne

.....
.....
nazwa zakładu/pieczeń firmowa

.....
.....
miejsowość, data

LP.	Informacje dotyczące placówki	TAK	NIE
1.	Placówka realizuje zadania z zakresu zdrowia publicznego, które zapewnią realizację celów dydaktycznych zgodnych z celami i planem praktyki.		
2.	Placówka jest stacją sanitarno – epidemiologiczną		
3.	Placówka świadczy usługi w zakresie pomocy społecznej		
4.	Placówka jest organizacją pozarządową		
5.	Placówka posiada doświadczenie w pracy ze studentami/stażystami		
6.	W placówce są pomieszczenia dydaktyczne przeznaczone do realizacji zajęć		
7.	Placówka zobowiązuje się do wyznaczenia spośród personelu opiekuna praktyki, który będzie odpowiedzialny z ramienia zakładu za przebieg merytoryczny i organizacyjny praktyki.		

.....
.....
imię i nazwisko opiekuna praktyki w zakładzie

.....
.....
imienna pieczęć i podpis osoby upoważnionej