

.....
(Nazwisko i imię studenta)

.....
(Nr albumu)

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

.....
(Miejscowość, data)

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

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 pielęgniarstwa 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 pielęgniarstwa, 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 pielęgniarstwa, 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 pielęgniarstwa 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 Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
kierunek Zdrowie Publiczne**

.....
nazwa zakładu/pieczeńc firmowa

.....
miejscowość, 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