Załącznik nr 5

do zarządzenia nr 28/XV R/2020

Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

z dnia 29 stycznia 2020 r.

..................................................................

................................................................ (Miejscowość, data)

(Nazwisko i imię studenta)

..................................................................

(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

**Zgoda Podmiotu, w którym będzie realizowana praktyka**:

## Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody[[1]](#footnote-2)\* 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

1. \* niewłaściwe skreślić

   \*\* dotyczy prawa wykonywania zawodu [↑](#footnote-ref-2)