

## SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ

(załącznik nr 1 do Umowy o organizację praktyki w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu)

UWAGA! Skierowanie musi być przedstawione na każdy zakres praktyki

### **CZEŚĆ A (wypełnia Uczelnia/Szkoła kierująca Studenta/Słuchacza na praktykę)**

Uczelnia/Szkoła .....  
kieruje Studenta/Słuchacza ..... rok studiów .....  
Wydziału ..... kierunku .....  
do Szpitala Wojewódzkiego, ul. Juraszów 7-19, 60-479 Poznań celem odbycia praktyk z przedmiotu (z zakresu)  
.....  
w wymiarze ..... godzin (suma godzin do realizacji), w terminie .....  
Podpis osoby kierującej na praktykę: .....  
Uczelnia/Szkoła wyznacza Koordynatora praktyki w osobie .....  
dane do kontaktu (nr telefonu) .....

### **CZEŚĆ B (wypełnia Szpital Wojewódzki w Poznaniu)**

– Oddział lub inna komórka organizacyjna przyjmująca Studenta/Słuchacza na praktykę

Po zapoznaniu się z Programem praktyki wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (zaznaczyć właściwe)  
na jej odbycie na oddziale ....., w terminie .....

Podpis osoby upoważnionej wyrażającej zgodę / nie wyrażającej zgody  
(Kierownik/ Ordynator/ Piel. Oddziałowa – wg profilu praktyk)  
na praktykę na oddziale szpitalnym (lub inne – wg profilu praktyk).

**Osoba wyrażająca zgodę staje się tym samym opiekunem praktyk  
Studenta/Słuchacza**

W przypadku nie wyrażenia zgody na praktykę podać przyczyny na odwrocie Skierowania.

### **CZEŚĆ C (wypełnia Student/Słuchacz Uczelni/Szkoły)**

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że przed rozpoczęciem praktyk zapoznałam/zapoznałem się z:

- Regulaminem Pracy,
- Przepisami o bezpieczeństwie i higienie pracy na stanowisku pracy,
- Przepisami o ochronie danych osobowych i informacji niejawnych,
- Przepisami ochrony przeciwpożarowej,
- Zasadami dotyczącymi profilaktyki i kontroli zakażeń.

i zobowiązuję się do przestrzegania przekazanych mi informacji.

Czytelny podpis Studenta/Słuchacza (imię i nazwisko), data .....

### **CZEŚĆ D (wypełnia Szpital Wojewódzki w Poznaniu) Dyrektor lub osoba przez Niego uprawniona**

Podpis Kierownika Oddziału, Pielęgniarki Oddziałowej  
lub innej osoby – wg profilu praktyk

Podpis Z-cy Dyr. ds. Medycznych, Naczelnej Pielęgniarki  
lub innej osoby – wg profilu praktyk