**załącznik nr 2**

**SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ A: (wypełnia Uczelnia/Szkoła kierująca Studenta/Słuchacza na praktykę)** Uczelnia/Szkoła ………………………………………………………...…………………................................ kieruje Studenta/Słuchacza ……………..………………………………………………… rok studiów ……………………….………. Wydziału ……………..………………. kierunku………………………………….……....... do **Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „DZIEKANKA” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie** 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) ………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ B: (wypełnia Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie, 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).…………...………………… Osoba wyrażająca zgodę staje się tym samym opiekunem praktyk Studenta/Słuchacza W przypadku nie wyrażenia zgody na praktykę podać przyczyny na odwrocie Skierowania w cz. D.  |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ 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..…………………………………..  |
| **CZĘŚĆ D: (wypełnia Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie)** Przyczyny braku zgody na praktyki. ……………………………………………………………………………………...………………………………………………………...(pieczątka i podpis) |