**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) |