

Załącznik nr 1 - Wniosek o umożliwienie odbycia praktyki/stażu w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej W Hrubieszowie

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

.....
(adres e-mail)

**Dyrektor
SP ZOZ w Hrubieszowie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o umożliwienie mi odbycia stażu, praktyki studenckiej, praktyki zawodowej* w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie w komórce organizacyjnej medycznej, administracyjnej*

.....
w okresie, od do, razem godzin, dni roboczych.

Jestem stażystką/tą, studentką/em*

.....
(nazwa jednostki kształcącej, uczelni, kierunek studiów, rok)

.....
(podpis kształcącego się)

* właściwe podkreślić

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie danych osobowych w celu realizacji porozumienia w sprawie realizacji staży, praktyk studenckich, praktyk zawodowych i przetwarzanie ich dla potrzeb własnych Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnego w Hrubieszowie, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)

Zapoznałam/em się z Regulaminem realizacji staży, praktyk studenckich i praktyk zawodowych w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie i nie zgłaszam do niego żadnych uwag.

.....
(podpis kształcącego się)

Wypełnia kierownik komórki organizacyjnej:

Potwierdzam możliwości przyjęcia studenta na praktykę w terminie:

.....

Wyznaczam na opiekuna: (podać: nazwisko, imię)

.....

data i podpis ordynatora/ kierownika komórki
lub pielęgniarki/położnej oddziałowej

Decyzja Dyrektora

Na podstawie § 3 ust.1 Regulaminu realizacji staży, praktyk studenckich i praktyk zawodowych w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie wydaję decyzję o zgodzie na odbycie stażu/praktyki studenckiej/praktyki zawodowej w uzgodnionym miejscu i terminie.

.....

podpis Dyrektora lub Dyrektora ds. Medycznych

DOKUMENTY WYMAGANE - PRAKTYKI

- a) formularz wniosku o umożliwienie odbycia praktyki/stażu w Szpitalu,
- b) program praktyki zgodnie z kierunkiem kształcenia,
- c) skierowanie wystawione przez podmiot prowadzący kształcenie,
- d) dokument potwierdzający posiadanie przez kształcącego się ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (OC), od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW), w przypadku studentów wydziału lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, fizjoterapii, pielęgniarstwa, ratownictwa, analityki medycznej oraz innych osób kształcących się w celu wykonywania zawodu medycznego lub wykonujących zawód medyczny poszerzonego o ryzyko chorób zakaźnych obejmujące pokrycie kosztów postępowania profilaktycznego w przypadku ekspozycji zawodowej,
- e) zaświadczenie lekarskie o braku p-wskazań do odbycia praktyki,
- f) aktualne orzeczenie lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- g) dokument potwierdzający szczepienie p-ko/WZW typu B,
- h) w szczególnych sytuacjach wynik testu antygenowego w kierunku Covid-19

Podstawą przyjęcia do odbywania stażu/praktyki w przypadku gdy Uczelnia podpisała ze Szpitalem porozumienie dotyczące organizacji praktyk będzie imienny wykaz studentów skierowanych na praktykę lub imienne skierowanie wystawione przez Uczelnię.