

Imię i nazwisko studenta: .....

Kierunek: **PIELĘGNIARSTWO (2020-2023)**

Termin realizacji praktyki: .....

**80-godzinna praktyka NEUROLOGIA I PIELĘGNIARSTWO NEUROLOGICZNE (V sem.)**

**DYREKCJA**

.....

.....

**w** .....

**ul.** .....

Akademia Nauk Stosowanych w Raciborzu uprzejmie prosi o podanie niżej wymienionych danych dotyczących ubiegania się studenta (na własną prośbę) o odbycie praktyki zawodowej w Waszym Ośrodku na oddziale .....

**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA DO PROWADZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

|                                                                                                      |                                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko opiekuna .....                                                                       |                                                                                                        |  |
| <b>Wykształcenie</b>                                                                                 | mgr pielęgniarstwa, inne wyższe wykształcenia mające zastosowanie w działalności podstawowej medycznej |  |
|                                                                                                      | licencjat pielęgniarstwa pielęgniarka specjalistka                                                     |  |
|                                                                                                      | starsza pielęgniarka – 5-letni staż pracy w zawodzie                                                   |  |
|                                                                                                      | pielęgniarka                                                                                           |  |
| <b>Aktualne prawo do wykonywania zawodu</b>                                                          | TAK                                                                                                    |  |
| <b>Posiadane specjalizacje</b>                                                                       | specjalizacja (jaka)                                                                                   |  |
|                                                                                                      | lub kursy:                                                                                             |  |
|                                                                                                      | lub inne szkolenia (jakie):                                                                            |  |
| <b>Prowadziła już wcześniej zajęcia praktyczne lub była opiekunem studenckich praktyk zawodowych</b> | TAK                                                                                                    |  |
|                                                                                                      | NIE                                                                                                    |  |

.....  
podpis naczelnej/przełożonej

Zadaniem opiekuna praktyk zawodowych jest opieka i koordynacja praktyki na terenie podmiotu leczniczego oraz wypełnienie dzienniczka praktyk wraz z wystawieniem oceny oraz zaakceptowanie na ocenę procesu pielęgnacyjnego.

Wypełniony formularz student powinien dostarczyć do sekcji praktyk studenckich **co najmniej dwa tygodnie** przed rozpoczęciem praktyki. Na jego podstawie zostanie przygotowane skierowanie.