

Imię i nazwisko studenta: .....nr albumu .....

Kierunek: **PIELĘGNIARSTWO studia II stopnia (2024-2026)**

Termin realizacji praktyki: .....

**20-godzinna praktyka PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA ( I 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 PRAKTYKI** .....

|                                                                                                         |                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wykształcenie opiekuna praktyki zawodowej                                                               | <input type="checkbox"/> mgr pielęgniarstwa                                                                                             |
| Zajmowane stanowisko**                                                                                  | <input type="checkbox"/> naczelnia/y *<br><input type="checkbox"/> oddziałowa/*<br><input type="checkbox"/> pielęgniarka koordynująca * |
| Staż pracy w zakresie zgodnym z przedmiotem praktyki zawodowej studenta                                 | <input type="checkbox"/> minimum 1 rok                                                                                                  |
| Szkolenie podyplomowe opiekuna praktyki zawodowej                                                       | specjalizacja (jaka? proszę wpisać)                                                                                                     |
|                                                                                                         | lub kurs kwalifikacyjny (jaki? proszę wpisać)                                                                                           |
|                                                                                                         | inne szkolenia (jakie? proszę wpisać)                                                                                                   |
| Doświadczenie w pełnieniu funkcji opiekuna praktyki zawodowej lub/i w prowadzeniu zajęć ze studentami * | TAK                                                                                                                                     |
|                                                                                                         | NIE                                                                                                                                     |

\* właściwe podkreślić

\*\* obowiązkowo w przypadku praktyki ZARZĄDZANIE W PIELĘGNIARSTWIE

.....  
podpis i pieczęć naczelnej/przełożonej

Zadaniem opiekuna praktyk zawodowych jest opieka i koordynacja praktyki na terenie podmiotu leczniczego oraz wypełnienie dziennika praktyk wraz z wystawieniem oceny.

Skan wypełnionych kryteriów należy dołączyć do wniosku o praktykę na platformie e-student co najmniej tydzień przed rozpoczęciem praktyki. Na jego podstawie zostanie przygotowane skierowanie.