

Załącznik nr 1

.....
(miejscowość i data)

Imię i nazwisko:.....

Tel.kont.:.....

Adres e-mail:.....

Sz. P. Prezes

CM WUM Sp. z o.o.

WNIOSEK W SPRAWIE ODBYCIA PRAKTYK STUDENCKICH / ZAWODOWYCH*

Zwracam się z uprzejmą prośbą o możliwość odbycia praktyki studenckiej / zawodowej*

w CM WUM Sp. z o.o., w lokalizacji

z zakresu

w Zakładzie / Poradni / komórce organizacyjnej:

w terminie od do.....

Ilość godzin dydaktycznych do zrealizowania praktyki :.....

Jestem uczniem / studentem / studentką:
(nazwa szkoły / Uczelni) (rok)

na kierunku

na wydziale

Nr albumu:

Rok:

.....
Podpis osoby wnioskującej

I. Wypełnia Kierownik Zakładu / Koordynator / Pielęgniarka koordynująca*

Proszę zaznaczyć właściwe:

- 1) Istnieje możliwość odbycia praktyk studenckich/zawodowych.
- 2) Nie ma możliwości odbycia praktyk studenckich/zawodowych.

Uzasadnienie decyzji odmownej:

.....

- 3) Na opiekuna praktyk wyznaczam:

.....
(podpis i pieczęć Kierownika / Koordynatora)

II. Wypełnia opiekun praktyk:

- 1) **WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY*** na pełnienie funkcji opiekuna praktyk;
- 2) Praktyki w CM WUM realizowane z udziałem pacjentów małoletnich do lat 18?

TAK / NIE*

.....
(podpis i pieczęć opiekuna)

Załączniki:

1. Skierowanie z Uczelni;
2. Kopia legitymacji studenta wskazujących w szczególności imię i nazwisko studenta oraz nazwę Uczelni;
3. Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV KK, w art. 189a i art. 207 KK oraz w ustawie z dn. 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (dotyczy osób realizujących praktyki z udziałem pacjentów małoletnich);
4. wydruk z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym;
5. zaświadczenie o odbyciu szkolenia w zakresie BHP i ppoż.