

SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ / PRAKTYKĘ STUDENCKĄ

Nr

....., dnia r.

CZĘŚĆ I – WYPEŁNIA SZKOŁA / UCZELNIA KIERUJĄCA

Imię i nazwisko ucznia/studenta:

PESEL / data urodzenia:

Dane kontaktowe (tel., e-mail):

Nazwa szkoły/uczelnia:

Kierunek kształcenia:

Rok / semestr:

Forma praktyki (obowiązkowa / dodatkowa / wolontariat – właściwe zaznaczyć):

Wnioskowana komórka organizacyjna Szpitala:

Termin realizacji praktyki: od do

Łączna liczba godzin / dni:

Podstawa odbywania praktyki: Program kształcenia Porozumienie / umowa o współpracy z dnia

Szkoła/Uczelnia kieruje ww. osobę na praktykę do

Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej SPZOZ w Bydgoszczy,

zgodnie z obowiązującym programem kształcenia oraz zawartym porozumieniem.

Skierowanie ważne jest od dnia wystawienia do dnia zakończenia praktyki.

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej
ze strony szkoły/uczelnia)

CZĘŚĆ II – WYPEŁNIA KIEROWNIK KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ SZPITALA

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na realizację praktyki w kierowanej komórce organizacyjnej.

Nazwa komórki organizacyjnej:

Wyznaczony opiekun praktyki (imię i nazwisko, stanowisko):
.....

Uwagi organizacyjne:
.....
.....

.....
(data, podpis i pieczęć kierownika komórki organizacyjnej)

* niepotrzebne skreślić

CZĘŚĆ III – ZATWIERDZENIE DYREKCJI / OSOBY UPOWAŻNIONEJ

- Zatwierdzam realizację praktyki
- Odmawiam zgody na realizację praktyki

Uzasadnienie odmowy (jeśli dotyczy):

.....
.....

.....
(data, podpis i pieczęć Dyrektora / osoby upoważnionej)

INFORMACJE KOŃCOWE

1. Warunkiem rozpoczęcia praktyki jest kompletne wypełnienie niniejszego skierowania oraz spełnienie wymogów formalnych określonych przez Szpital.
2. Praktykant zobowiązany jest do przestrzegania regulaminów wewnętrznych Szpitala, przepisów BHP, zasad poufności oraz przepisów o ochronie danych osobowych.
3. Szpital zastrzega sobie prawo do cofnięcia zgody na realizację praktyki w przypadku naruszenia obowiązujących przepisów.