

w SP ZOZ w Kazimierzy Wielkiej z dnia 19 lutego 2019 roku

(Miejscowość, data).

Imię i nazwisko:

zam.

.....-

nr tel.:

e-mail:

**Dyrektor SP ZOZ
w Kazimierzy Wielkiej**

Podanie

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk studenckich*/zawodowych*/
zajęć praktycznych*/ innych form kształcenia zawodowego*/ z
zakresu: w Samodzielnym Publicznym Zespole
Opieki Zdrowotnej w Kazimierzy Wielkiej
w:, w terminie
od.....do,w godz. od do Jestem
Studentem*/Słuchaczem*.....
.....
w: na kierunku:

Z poważaniem

Akceptuję termin praktyk:

.....

/podpis Kierownika komórki organizacyjnej/*

Osoby zatrudnionej na samodzielnym stanowisku pracy*/

Akceptuję termin praktyk:

.....

/podpis Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa/*

Akceptuję termin praktyk:

.....

/podpis Przełożonej Pielęgniarek/*

* niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 2 do Regulaminu praktyk studenckich, praktyk zawodowych,
zajęć praktycznych i innych form kształcenia zawodowego
w SP ZOZ w Kazimierzy Wielkiej z dnia 19 lutego 2019 roku

(Miejscowość, data):

Nazwa podmiotu prowadzące kształcenie/uczelni

.....

ul.

..... -

nr tel.:

e-mail:

**Dyrektor SP ZOZ
w Kazimierzy Wielkiej**

Podanie

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk studenckich*/zawodowych*/
zajęć praktycznych*/ innych form kształcenia zawodowego*/ z
zakresu: w Samodzielnym Publicznym Zespole
Opieki Zdrowotnej w Kazimierzy Wielkiej
w:, w terminie
od.....do, (liczba osób)(liczba godzin)

Z poważaniem

Akceptuję termin praktyk:

.....

/podpis Kierownika komórki organizacyjnej/*

/Osoby zatrudnionej na samodzielnym stanowisku pracy*/

Akceptuję termin praktyk:

.....

/podpis Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa/*

Akceptuję termin praktyk:

.....

/podpis Przełożonej Pielęgniarek/*

* niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 3 do Regulaminu praktyk studenckich, praktyk zawodowych,
zajęć praktycznych i innych form kształcenia zawodowego
w SP ZOZ w Kazimierzy Wielkiej z dnia 19 lutego 2019 roku

.....
/nazwisko i imię Praktykanta/

.....
/nazwa komórki organizacyjnej/

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z:

1. Treścią Regulaminu Praktyk studenckich/zawodowych/zajęć praktycznych/ innych form kształcenia zawodowego w SP ZOZ w Kazimierzy Wielkiej.
2. Treścią Regulaminu Pracy obowiązującego w SP ZOZ w Kazimierzy Wielkiej.
3. Treścią Instrukcji p-poż SP ZOZ w Kazimierzy Wielkiej.
4. Treścią dokumentów zawierających między innymi podstawowe zasady ochrony informacji oraz ochrony danych osobowych,
5. Treścią Instrukcji Wstępnej w dziedzinie BHP.
6. Treścią Procedury Poekspozycyjnej.

.....
/ podpis Praktykanta/