

.....
miejsowość, data

Znak:.....

**Skierowanie na praktykę
do Podmiotu**

w ramach zawartej w dniu 18.08.2023 r. pomiędzy Śląskiem Uniwersytetem Medycznym w Katowicach a **Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu** (Podmiot) umowy nr DDS/2123/2023 w sprawie prowadzenia studenckich praktyk zawodowych

kieruje się Panią/Pana,.....
(imię i nazwisko studenta)

Studentkę/a.....roku studiów na kierunku **pielęgniarstwo**

Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach do Podmiotu, celem odbycia studenckiej praktyki zawodowej objętej planem studiów.

Proponowany termin, w którym student odbędzie praktykę,
od.....do.....

Koszty procedury postępowania poekspozycyjnego związanego z narażeniem studentów na kontakt z materiałem potencjalnie zakaźnym w trakcie odbywania praktyki zawodowej, w tym zlecenia leczenia zgodnie z art. 41 ust. 5 Ustawy z dnia 5.12.2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008, Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.), finansowane będą w ramach polisy, potwierdzającej zawarcie przez studenta umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, w ramach którego studentom przysługuje zwrot udokumentowanych kosztów profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego. Kserokopia polisy stanowi Załącznik nr 2 do niniejszego skierowania.

.....
Podpis osoby upoważnionej
do wydania skierowania
ze strony Wydziału SUM

Potwierdzenie przyjęcia/zmiany terminu/odmowy przyjęcia* na praktykę zawodową studenta
w terminie oddo.....

Proponowany termin odbywania praktyki, od.....do.....

Imię i nazwisko wyznaczonego opiekuna studenta (osoba nadzorująca zadania wynikające z odbywanej praktyki)
.....

W przypadku odmowy proszę o wpisanie przyczyn.....

W przypadku przyjęcia na praktykę potwierdzam obowiązek wypełnienia wobec studenta zobowiązań administratora danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

.....
Podpis osoby upoważnionej
do potwierdzenia przyjęcia studenta
na praktykę ze strony Podmiotu.

Skierowanie wydaje się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Podmiotu oraz jeden potwierdzony przez Podmiot egzemplarz do właściwego Wydziału Uniwersytetu.

*niewłaściwe skreślić

Załącznik nr 1
do skierowania na praktykę nr.....

Programi praktyki zawodowej:

Liczba Godzin:.....

.....
Podpis osoby upoważnionej
do wydania skierowania
ze strony Wydziału SUM

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
DZIEKANAT
Wydziału Nauk o Zdrowiu w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 12
tel.: 32 208 87 35

Załącznik nr 1a
do umowy nr DDS/2123/2023

.....
Pieczęć firmowa Wydziału

.....
miejsowość, data

Znak:.....

Skierowanie na praktykę do Podmiotu

w ramach zawartej w dniu 18.08.2023 r. pomiędzy Śląskiem Uniwersytetem Medycznym w Katowicach a **Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu** (Podmiot) umowy nr DDS/2123 /2023 w sprawie prowadzenia studenckich praktyk zawodowych, celem odbycia studenckiej praktyki zawodowej objętej planem studiów:

L.p.	Imię i nazwisko studenta	Rok studiów	Kierunek	Wydział	Proponowany termin, w którym student odbędzie praktykę		Potwierdzenie przyjęcia/zmiany terminu/odmowy przyjęcia* na praktykę zawodową	W przypadku zmiany terminu- proponowany termin odbywania praktyk		W przypadku odmowy przyjęcia studenta – uzasadnienie odmowy
					od	do		od	do	
			pielęgniarstwo							
			pielęgniarstwo							
			pielęgniarstwo							
			pielęgniarstwo							
			pielęgniarstwo							

		pielęgniarsztwo										
		pielęgniarsztwo										
		pielęgniarsztwo										

*właściwie wpisać w tabelę

.....
 Podpis osoby upoważnionej
 do wydania skierowania
 ze strony Wydziału SUM

Koszty procedury postępowania poekspozycyjnego związanego z narażeniem studentów na kontakt z materiałem potencjalnie zakaźnym w trakcie odbywania praktyki zawodowej, w tym zlecenia leczenia zgodnie z art. 41 ust. 5 Ustawy z dnia 5.12.2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008, Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.), finansowane będą w ramach polisy, potwierdzającej zawarcie przez studenta umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, w ramach którego studentom przysługuje zwrot udokumentowanych kosztów profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego. Kserokopia polisy stanowi Załącznik nr 2 do niniejszego skierowania.

.....
 Potwierdzenie przyjęcia/zmiany terminu/odmowy przyjęcia* na praktykę zawodową studenta..... W terminie od do.....

.....
 Proponowany termin odbywania praktyki, od.....do.....

.....
 Imię i nazwisko wyznaczonego opiekuna studenta (osoba nadzorująca zadania wynikające z odbywanej praktyki)

.....
 W przypadku odmowy proszę o wpisanie przyczyn.....

.....
 W przypadku przyjęcia na praktykę potwierdzam obowiązek wypełnienia wobec studenta zobowiązań administratora danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

.....
 Podpis osoby upoważnionej
 do potwierdzenia przyjęcia studenta
 na praktykę ze strony Podmiotu.

.....
 Skierowanie wydaje się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Podmiotu oraz jeden potwierdzony przez Podmiot egzemplarz do właściwego Wydziału Uniwersytetu.
 *niewłaściwie skreślić