

.....  
Pieczęć firmowa Wydziału/Filii

.....  
miejscowość, data

Znak:.....

**Skierowanie na praktykę  
do Podmiotu**

w ramach zawartej w dniu 27.03.2025 r. pomiędzy Śląskiem Uniwersytetem Medycznym w Katowicach a **SP ZOZ Szpitalem Specjalistycznym im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach** (Podmiot) umowy nr DDS/571/2025 w sprawie prowadzenia studenckich praktyk zawodowych

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

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

Wydziału/Filii ..... 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 SUM

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/Filii Uniwersytetu.

\*niewłaściwe skreślić

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

Program 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

(1)

.....  
Pieczęć firmowa Wydziału/Filii

.....  
miejsowość, data

Znak:.....

## Skierowanie na praktykę do Podmiotu

w ramach zawartej w dniu 27.03.2025 r. pomiędzy Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach a SP ZOZ Szpitalem Specjalistycznym im. Henryka **Klimontowicza w Gorticach** (Podmiot) umowy nr DDS/571/2025 w sprawie prowadzenia *studenckich praktyk zawodowych* kieruje się do Podmiotu, celem odbycia studenckiej praktyki zawodowej objętej planem studiów:

[illegible]

