

Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
ul. Medyków 12, 40-752 Katowice

Katowice, dn.

Znak:

**Skierowanie na praktykę
do Podmiotu**

w ramach zawartej w dniu 19.12.2017 r. pomiędzy Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach a **Sanatoriami Dolnośląskimi Sp. z o.o.**, umowy nr KSS/1441/2017 w sprawie *prowadzenia studenckich praktyk zawodowych*

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

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

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 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (*tekst jednolity. Dz. U. 2018 poz. 151*), finansowane będą w ramach zawartej przez studentów polisy, potwierdzającej zawarcie 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.....

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

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

Program praktyki zawodowej:

Liczba godzin:.....

.....

Podpis osoby upoważnionej
do wydania skierowania
ze strony Wydziału SUM