

**Collegium Witelona Uczelnia Państwowa**  
**Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej**  
**Kierunek studiów: Pielęgniarstwo stacjonarne**  
**rok studiów 3 semestr 6**  
**Poziom kształcenia: Studia pierwszego stopnia**

**KIERUNKOWY PROGRAM PRAKTYKI ZAWODOWEJ**  
**PSYCHIATRIA I PIELEŃNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE**

**Liczba godzin w planie studiów praktyki zawodowej - 80**

**Tematyka praktyki zawodowej**

1. Proces pielęgnowania w psychiatrii i formułowanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta. Określenie celu, planu indywidualnej opieki i podjętych interwencji pielęgniarских.
2. Opieka pielęgniarська nad pacjentem z zaburzeniami nastroju.
3. Opieka pielęgniarська nad pacjentem z urojeniami.
4. Opieka pielęgniarська nad pacjentem uzależnionym.
5. Opieka pielęgniarська nad pacjentem z zespołem otępiennym.
6. Opieka pielęgniarська nad pacjentem przejawiającym zachowania gwałtowne i agresywne.

**Zakładane efekty uczenia się osiągnięte przez studenta w trakcie praktyki zawodowej:**

- Student potrafi gromadzić informacje, formułować diagnozę pielęgniarскую, ustalać cele i plan opieki pielęgniarskiej, wdrażać interwencje pielęgniarские oraz dokonywać ewaluacji opieki pielęgniarskiej;
- Student potrafi dokumentować sytuację zdrowotną pacjenta, dynamikę jej zmian i realizowaną opiekę pielęgniarскую, z uwzględnieniem narzędzi informatycznych do gromadzenia danych;
- Student potrafi przekazywać informacje członkom zespołu terapeutycznego o stanie zdrowia pacjenta;
- Student potrafi przekazywać informacje członkom zespołu terapeutycznego o stanie zdrowia pacjenta;
- Student potrafi przygotowywać i podawać pacjentom leki różnymi drogami, samodzielnie lub na zlecenie lekarza;
- Student jest gotów do kierowania się dobrem pacjenta, poszanowania godności i autonomii osób powierzonych opiece, okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych oraz empatii w relacji z pacjentem i jego rodziną;
- Student jest gotów do przestrzegania praw pacjenta;
- Student jest gotów do samodzielnego i rzetelnego wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzegania wartości i powinności moralnych w opiece nad pacjentem;

- Student jest gotów ponoszenia odpowiedzialności za wykonywane czynności zawodowe;
- Student jest gotów do zasięgnięcia opinii ekspertów w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemu;
- Student jest gotów do przewidywania i uwzględniania czynników wpływających na relacje własne i pacjenta;
- Student jest gotów do dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych;

**Metody kształcenia (narzędzia dydaktyczne):** ćwiczenia praktyczne.

**Metody oceniania studenta (sprawdzenia osiągnięcia efektów uczenia się):**

- praktyczne rozwiązywanie problemów
- obserwacja zachowań
- obserwacja poziomu samodzielności w zleconych Studentowi zadaniach
- rozmowa ze studentem / Opiekun praktyk z Uczelni
- lista obecności z realizacji praktyk zawodowych (*załącznik nr 1*)
- ocena końcowa / Opiekun praktyk z Uczelni

**Dokumenty wymagane do zaliczenia praktyki zawodowej:**

- karta przebiegu praktyki zawodowej
- dziennik praktyki zawodowej (*załącznik nr 2*)
- proces pielęgnowania metodą NANDA (*załącznik nr 3*) i ICNP (*załącznik nr 4*)

**Student w trakcie praktyki zawodowej opisuje proces pielęgnowania pacjenta w danym oddziale i dołącza go do karty przebiegu praktyki zawodowej oraz dziennika praktyki zawodowej.**

**Powyższe dokumenty dotyczą zarówno zrealizowanych praktyk zawodowych z ramienia uczelni jak również indywidualnej organizacji praktyki zawodowej**

**Wykaz rekomendowanych przez Uczelnię placówek oraz oddziałów potrzebnych do zrealizowania praktyki zawodowej:**

Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne - praktyki powinny być realizowane w oddziałach psychiatrycznych otwartych i zamkniętych dla dorosłych.

**Placówki:**

- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy 59-220 Legnica ul. Iwaszkiewicza 5
- Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotorzy ul. Szpitalna 9 59-500 Złotoryja oraz Filia w Legnicy ul. Chojnowska 81 59-220 Legnica

### **Wymagania dotyczące wyboru Zakładowego Opiekuna Praktyk zawodowych i placówki realizującej praktyki zawodowe:**

1. Kartę dotyczącą miejsca praktyk zawodowych dla kierunku Pielęgniarstwo wypełnia Opiekun Placówki, w której Student będzie odbywał praktykę zawodową, (kwalifikacji dokonuje Opiekun praktyk z Uczelni) – *(załącznik nr 5)*
2. Kartę dotyczącą Zakładowego Opiekuna Praktyk z zakresu opieki pielęgniarstwa wypełnia Zakładowy Opiekun Praktyk (kwalifikacji dokonuje Opiekun praktyk z Uczelni) – *(załącznik nr 6)*

### **Indywidualna organizacja praktyki zawodowej:**

1. Student realizujący praktykę indywidualnie, powinien wybrać placówkę zgodnie z zaleceniami w kierunkowym programie praktyk. Należy złożyć **podanie do Opiekuna praktyk z Uczelni** *(załącznik nr 7)* i uzyskać zgodę na realizację praktyki w danej placówce (należy podać nazwę i dokładny adres placówki).
2. Po uzyskaniu zgody Opiekuna praktyk z Uczelni, Student pobiera ze strony internetowej Uczelni **kartę zgłoszenia praktyki zawodowej** *(załącznik nr 8)*, w której wskazuje zakład pracy, termin realizacji praktyki zawodowej oraz dane Zakładowego Opiekuna Praktyk.
3. Wypełnioną przez Studenta kartę zgłoszenia praktyki zawodowej, Student jest zobowiązany przedłożyć do podpisu w zakładzie pracy, w którym zostanie zrealizowana praktyka zawodowa,
4. Po uzyskaniu zgody przez zakład pracy, Student składa dokumenty w Dziale Praktyk. Pracownik Dziekanatu przygotowuje Umowę o praktykę zawodową i wysyła pocztą do wskazanego przez Studenta zakładu pracy celem podpisania umowy.
5. Student wraz z kartą zgłoszenia praktyki zawodowej powinien dostarczyć wypełnioną przez Opiekuna placówki **kartę weryfikacji**: doboru miejsca kształcenia praktycznego, w placówce w której będzie odbywał praktykę oraz wypełnioną przez Zakładowego Opiekuna Praktyk kartę doboru Zakładowego Opiekuna Praktyk
6. Dokumenty zaliczenia praktyki, student realizuje zgodnie z wyżej wymienionymi wytycznymi w programie praktyk.

## COLLEGIUM WITELONA UCZELNIA PAŃSTWOWA

Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej

Kierunek: Pielęgniarstwo

studia stacjonarne – pierwszego stopnia

.....  
Miejsce odbywania praktyki (pieczętka zakładu pracy)**Moduł: Praktyka zawodowa - .....**

Ilość godzin dydaktycznych .....

I.p.	Imię i nazwisko	Data	Czas trwania zajęć	Podpis studenta
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				

.....  
Podpis zakładowego opiekuna praktyk.....  
Podpis opiekuna praktyk z uczelni

**Collegium Witelona Uczelnia Państwowa**

**Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej**

**Kierunek: .....**

**Studia stacjonarne/niestacjonarne pierwszego/drugiego stopnia**

**DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**Moduł: Praktyka zawodowa - .....**

.....  
Imię i nazwisko studenta

.....  
Imię i nazwisko studenta

.....  
Nr albumu

.....  
Miejsce odbywania praktyki zawodowej

.....  
Czas trwania praktyki zawodowej

.....  
Rok studiów/semestr

.....  
Rok akademicki

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem praktyk zawodowych  
w Collegium Witelona Uczelnia Państwowa – załącznik do zarządzenia nr 14/23  
Rektora Collegium Witelona Uczelnia Państwowa z dnia 16 lutego 2023 r.

.....  
własnoręczny podpis studenta

Imię i nazwisko studenta .....

**Część I**  
**Wykaz umiejętności praktycznych wykonywanych przez studenta**

<b>Zadania (umiejętności) realizowane przez studenta</b>	<b>Podpis zakładowego opiekuna praktyk</b>

.....  
Data i podpis zakładowego opiekuna praktyk

.....  
podpis studenta

.....  
Pieczęć zakładu pracy

**Część II**  
**Ocena kompetencji społecznych studenta**

Wypełnia zakładowy opiekun praktyk:

<b>Kryteria oceny</b>	<b>Ocena od 2-5</b>

.....  
Data i podpis zakładowego opiekuna praktyk

.....  
Pieczętka zakładu pracy

**Część III**  
**Poziom zaliczenia osiągniętych efektów uczenia się**

<b>L.p.</b>	<b>Modułowe efekty uczenia się w zakresie umiejętności student potrafi:</b>	<b>Poziom zaliczenia (od 1 do 4 zgodnie) z kryteriami oceny efektów uczenia się</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

.....  
Data i podpis zakładowego opiekuna praktyk

.....  
Pieczęć zakładu pracy

.....  
Podpis opiekuna praktyk z Uczelni

## KRYTERIA ZALICZENIA EFEKTÓW UCZENIA SIĘ

EFEKTY UCZENIA SIĘ w zakresie umiejętności student powinien	POZIOM WYMAGAŃ			
	1	2	3	4
C.U2. Student potrafi .....	Nie potrafi .....	Pobieżnie i niewystarczająco potrafi .....	Poprawnie, ale niewystarczająco potrafi ....	Prawidłowo potrafi .....
C.U3. Student potrafi ....	Nie potrafi .....	Pobieżnie i niewystarczająco potrafi .....	Poprawnie, ale niewystarczająco potrafi .....	Prawidłowo potrafi .....
C.U4 . Student potrafi .....	Nie potrafi .....	Pobieżnie i niewystarczająco potrafi .....	Poprawnie, ale niewystarczająco potrafi .....	Prawidłowo potrafi .....

### KRYTERIA OCENY EFEKTÓW UCZENIA SIĘ

Poziom 1 – student nie osiągnął efektu

Poziom 2 – student osiągnął dostateczny poziom zakładanego efektu uczenia się, wystarczający do kompetentnego funkcjonowania

Poziom 3 - student osiągnął dobry poziom zakładanego efektu uczenia się, umożliwiający pełne profesjonalne funkcjonowanie zawodowe w danym zakresie

Poziom 4 - student osiągnął wysoki poziom zakładanego efektu uczenia się, umożliwiający pełne profesjonalne funkcjonowanie zawodowe i bardzo wysoką jakość realizacji przyszłych zadań zawodowych

Praktyka jest zrealizowana, jeżeli student spełnił wymagania każdego z założonych efektów uczenia się na poziomie 3 – 4

Pieczeń placówki

Imię i nazwisko studenta	Numer albumu	Rok studiów	Semestr	Moduł
Podpis studenta		.....		

**PRAKTYKI ZAWODOWE - Dokumentacja procesu pielęgnowania dla kierunku ..... rok akademicki 20.../20....**

Inicjały pacjenta		Oddział		Wiek pacjenta		Numer sali	
-------------------	--	---------	--	---------------	--	------------	--

Płeć	Wzrost	Waga	BMI	Obwód talii	Obwód bioder	WHR	Temperatura
K   M   D							

Rozpoznanie lekarskie			
Choroby współistniejące			
Przebyte operacje			
Uwagi i inne problemy			
Data przyjęcia na oddział		Godzina	
Tryb przyjęcia	Pilny		Planowy

Ocena sprawności pacjenta				Sprzęt pomocniczy	
Przy objęciu opieką	Samodzielny	Ograniczony	Zależny	okulary	
Poruszanie się				szkła kontaktowe	
Czynności higieniczne				protezy zębowe	
Jedzenie, picie				aparat słuchowy	
Wydalenie				rozzrusznik serca	
Organizacja czasu wolnego				protezy zębowe	
				Inny	
<b>Uwagi dodatkowe</b>					

Alergie		Przyzwyczajenia/Nalogi		Kontakt z rodziną	
Leki		Alkohol		dobry	
Kosmetyki		Środki psychotyczne		słaby	
Pokarmy		Nikotyna		zły	
Środki chemiczne		Inne		brak kontaktu	
Inne		Brak		samotny	
Brak alergii				uwagi dodatkowe:	
Uwagi dodatkowe					

Stan psychiczny						
Spokojny	Pobudzony	Lęk	W kontakcie	Utrudniony kontakt	Bez kontaktu	Agresywny
<b>Uwagi dodatkowe:</b>						

Układ oddechowy						
Oddech	Liczba oddechów/minutę		Prawidłowy	Przyspieszony	Zwolniony	
	Splycony	Pogłębiony	Stridor	Przez nos	Przez usta	
Plwocina	Brak	Śluzowa	Pienista	Krwista	Ropna	
Kaszel	Brak	Suchy	Wilgotny	Stały	Napadowy	
Duszność	Brak	Spoczynkowa	Wysiłkowa	Wydechowa	Bezdech	
<b>Uwagi dodatkowe</b>						

Układ krążenia						
Tętno	Liczba uderzeń/minutę		Miarowe	Niemiary		
RR	mmHg					
Perfuzja	Prawidłowa		Zaburzona	Zimny pot		
	Skóra marmurkowa		Ochłodzenie obwodowe	Sinica		
Obrzęki	Brak	Uogólnione	Miejscowe	Stałe	Okresowe	
Omdlenia	Nie występują		Występują			
<b>Uwagi dodatkowe</b>						

Układ pokarmowy						
Stan odżywienia	Prawidłowy		Nadwaga	Niedowaga		
Jama ustna	Bez zmian		Owrzodzenia	Pleśniawki	Inne	
Apetyt	Prawidłowy		Wzmożony	Zmniejszony	Brak	
Pragnienie	Prawidłowe		Wzmożone	Zmniejszone	Brak	
Wydalenie	Prawidłowe		Zaparcia	Biegunki	Inne	
Sposób Żywienia	Enteralne			Parenteralne		
	Doustnie	Sonda	Gastrostomia	Jejunostomia	PEG	
Dolegliwości	Nie występują		Trudności w połykaniu	Nudności	Wymioty	
	Wzdęcia	Inne				
<b>Uwagi dodatkowe</b>						

Układ moczowo - płciowy						
Ilość moczu	Norma	Wielomocz	Skąpomocz	Bezmocz		
Trudności w oddawaniu moczu	Nie występują		Założony cewnik	Pieczenie	Parcie na mocz	
	Utrudniony odpływ		Moczenie	Nietrzymanie moczu		
Cykl miesięczkowy	Tak		Nie	Nie dotyczy		
Drogi rodne	Krwawienie		Plamienie	Inne		
<b>Uwagi dodatkowe</b>						

Układ mięśniowo - szkieletowy						
Poruszanie się	Samodzielne	Ograniczone	Z pomocą	Nie porusza się		
Ruchomość w stawach	Pełna			Ograniczona		
Sprawność fizyczna	Dobra			Ograniczona		
Postawa ciała	Prawidłowa			Nieprawidłowa		
Inne	Brak		Przykurcze	Zaczerwienienia		
<b>Uwagi dodatkowe</b>						

Układ nerwowy						
Świadomość	Pełna		Ograniczona		Brak	Skala Glasgow (liczba punktów)
Orientacja	Zaburzona			Nie zaburzona		
Zaburzenia mowy	Nie występują		Występują	Afazja		
Pamięć	Prawidłowa			Zaburzona		
Niedowład	Półowicze		Całkowite	Występują		Nie występują
Zaburzenia równowagi	Występują			Nie występują		
<b>Uwagi dodatkowe</b>						

Inne						
Wzrok	Prawidłowy		Niedowidzenie		Niewidomy	Inne
Słuch	Prawidłowy		Niedosłyszenia		Niesłyszący	Inne
Skóra	Czysta		Budna		Sucha	Wilgotna
	Błada		Złana potem		Uszkodzona	Zażółcona
	Zaczerwieniona		Odparzenia		Owrodzenia	Świąd Inne
Rany	Czysta		Ropna		Redon	Dren
Odleżyny	Nie występują		Występują		Punkty	Skala
Ryzyko odleżyn	Nie występuje		Występuje		Punkty	Skala
Ból	Punkty				Skala oceny bólu	
<b>Uwagi dodatkowe</b>						

<b>Kategoria opieki pielęgniarskiej w momencie objęcia pacjenta opieką</b>		
<b>Skala Barthel ( liczba punktów)</b>		
<b>Leki przyjmowane na stałe</b>		
<b>Leki przyjmowane w trakcie hospitalizacji</b>		

Dodatkowo dla Pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego									
<b>Dziecko z porodu</b>		Siłami natury		Cięcie cesarskie		Inne			
<b>Dziecko</b>	Z ciąży		Z porodu		Tydzień ciąży		Skala APGAR (liczba punktów)		
<b>Choroby matki podczas ciąży</b>									
<b>Rozwój psychoruchowy</b>		Dotychczasowy:			Obecny:				
<b>Szczepienia</b>	Według kalendarza szczepień			Indywidualny program szczepień				brak	
<b>Sposób żywienia (rodzaj diety)</b>		Naturalny			Sztuczny				
<b>Pozycja w siatkach centylowych</b>			Dla masy ciała (centyl)				Dla wzrostu (centyl)		
<b>Stan rodzinny dziecka</b>		Rodzina pełna			Rodzina niepełna		Ilość dzieci w rodzinie		
<b>Uwagi dodatkowe</b>									

**KARTA PIELEGNACJI PACJENTA ROK AKADEMICKI 20.../20...**

<b>Data</b>	<b>Diagnoza pielęgniarska</b>	<b>Cel realizacji</b>	<b>Wykonanie procedury</b>	<b>Opis przebiegu/ Wynik</b>

## Tabela opracowania „Planu Opieki” dla procesu pielęgnowania w oparciu o ICNP®

Imię i nazwisko studenta	Numer albumu	Rok studiów	Semestr	Moduł	Oddział	Inicjały pacjenta	Wiek pacjenta

PLAN/OSIE	Przedmiot (diagnoza)	Osąd	Lokalizacja	Czas	Klient	Działania	Środki
Diagnoza pielęgnarska			Lokalizacja	Czas	Klient		
Interwencje pielęgnarskie							
Wynik							

**Kryteria doboru miejsc kształcenia praktycznego dla kierunków:  
Położnictwo/Pielęgniarstwo\*  
na Wydziale Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej  
Collegium Witelona Uczelnia Państwowa**

Nazwa placówki .....

.....

Kierunek\*: Pielęgniarstwo  Położnictwo

\*\*Studia stacjonarne/niestacjonarne/ pierwszego stopnia/ drugiego stopnia

Praktyka zawodowa .....

.....

l.p.	Kryterium oceny	Ocena miejsca kształcenia praktycznego	Punkty	Liczba otrzymanych punktów
1.	Czy jednostka/zakład była wybierana jako miejsce odbywania praktyk studenckich?	tak – wielokrotnie	2	
		nowa placówka	1	
		nie	0	
2.	Wykształcenie personelu	>50 % z wyższym wykształceniem	2	
		< 50 % z wyższym wykształceniem	1	
		wyłącznie średnie wykształcenie	0	
3.	Średni staż pracy personelu	powyżej 5 lat	2	
		3-5 lat	1	
		poniżej 3 lat	0	
4.	Doświadczenie personelu w pracy ze studentami	powyżej 5 lat	2	
		poniżej 3 lat	1	
		brak	0	
5.	Czy charakter i zakres świadczonej opieki zdrowotnej umożliwia realizację efektów zawartych w programie praktyk ?	tak	2	
		w ograniczonym zakresie	1	
		nie	0	
6.	Czy jednostka/zakład wyposażona jest w nowoczesną aparaturę umożliwiającą zdobycie umiejętności przewidzianych w programie praktyk?	>50% nowoczesna aparatura	2	
		<50% nowoczesna aparatura	1	
		dominuje przestarzała aparatura	0	
7.	Czy świadczenia medyczne realizowane są zgodnie w obowiązującymi standardami i procedurami?	tak	2	
		raczej tak	1	
		nie	0	
8.	Czy jednostka/zakład posiada szatnię dla studentów?	tak	2	
		dążenie do zaadoptowania	1	
		nie	0	
9.	Czy w jednostce/zakładzie jest sala seminaryjna?	tak	2	
		dążenie do zaadoptowania	1	

		nie	0	
10.	Czy studenci mają dostęp do pomieszczenia w którym mogliby m.in. sporządzać notatki, wypełniać dokumentację medyczną itp.?	tak	2	
		w ograniczonym zakresie	1	
		nie	0	
11.	Czy studenci mają możliwość spożycia posiłku na terenie jednostki/zakładu?	tak, jest punkt gastronomiczny	2	
		jest wyodrębnione pomieszczenie	1	
		nie	0	

Liczba uzyskanych punktów:

Kryterium oceny:

**24 - 13 pkt** – jednostka/zakład spełnia kryteria wymagane do prowadzenia praktyk studenckich

**12 - 7 pkt** - jednostka/zakład warunkowo spełnia kryteria wymagane do prowadzenia praktyk studenckich

**6 – 0 pkt** - jednostka/zakład nie spełnia kryteriów wymaganych do prowadzenia praktyk studenckich

\* wybór kierunku proszę zaznaczyć przez wstawienie znaku X w rubryce

\*\* proszę właściwe podkreślić

Podpis osoby dokonującej ocen

**Kryteria doboru Zakładowego opiekuna praktyk  
z zakresu opieki pielęgniarskiej i położniczej  
na kierunku: Położnictwo/Pielęgniarstwo\*  
na Wydziale Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej  
Collegium Witelona Uczelnia Państwowa**

Nazwa jednostki .....

Kierunek studiów\* Pielęgniarstwo  Położnictwo

\*\*Studia stacjonarne/niestacjonarne/ pierwszego/drugiego stopnia

Tytuł naukowy/zawodowy, Nazwisko i imię Zakładowego opiekuna praktyk

.....

Tel. komórkowy: .....

e –mail:.....

Jednostka organizacyjna:.....

Kryterium oceny		Punkty	Liczba otrzymanych punktów
Wykształcenie personelu	Mgr pielęgniarstwa/położnictwa	3	
	Licencjat pielęgniarstwa/ położnictwo	2	
	Inne studia wyższe .....	2	
	Średnie zawodowe	1	
Staż pracy w zakresie nauczanego przedmiotu	Powyżej 5 lat	3	
	3-5 lat	2	
	Poniżej 3 lat	1	
Uprawnienia pedagogiczne	Posiada	2	
	W trakcie kursu	1	
	Nie posiada	0	
Szkolenie podyplomowe	Specjalizacja (jaka?) .....	3	
	Kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu .....	2	
	Inne szkolenia (jakie?) .....	1	
	Brak	0	
Doświadczenie w prowadzeniu zajęć ze studentami	Powyżej 5 lat	3	
	3-5 lat	2	
	Poniżej 3 lat	1	
	Brak	0	

Liczba punktów ogółem:

**Kryteria oceny:**

**14 - 8 pkt.** – opiekun spełnia kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych

**7 - 5 pkt.** – opiekun spełnia warunkowo kryteria dotyczące prowadzenie praktyk

**zawodowych 4 - 0 pkt.** – opiekun nie spełnia kryteriów dotyczących prowadzenia praktyk  
zawodowych

\* wybór kierunku proszę zaznaczyć przez wstawienie znaku X w rubryce;

\*\* proszę właściwie podkreślić

Podpis osoby dokonującej oceny

Nazwisko i imię

Legnica, dnia .....

Nr albumu.....,

Kierunek .....

Podanie  
o wyrażenie zgody na zorganizowanie praktyki indywidualnie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki w :

.....  
Nazwa placówki i adres

.....  
Nazwa placówki i adres

w terminie: .....

podpis studenta: .....

Opinia Opiekuna praktyk: wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody

W przypadku braku zgody –uzasadnienie:

.....  
.....

Opiekun praktyk: .....

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk

**KARTA ZGŁOSZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**  
**COLLEGIUM WITELONA UCZELNIA PAŃSTWOWA,**  
**UL. SEJMOWA 5A, 59-220 LEGNICA**

Nazwisko i imię studenta: .....

Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej

Kierunek: .....

Specjalność: .....

Rok studiów: ....., semestr: .....

studia stacjonarne/niestacjonarne\*      pierwszego/drugiego stopnia \*

nr albumu: .....

ubezpieczenie od NNW oraz OC:    grupowe w Uczelni/prywatne\* – **ksero polisy należy dołączyć do karty zgłoszenia**

Pełna nazwa szpitala/instytucji, w której student będzie odbywał praktykę zawodową:

.....

Adres i telefon zakładu pracy: .....

.....

Nazwa praktyki: .....

Termin odbycia praktyki zawodowej: .....

Liczba godzin praktyki zawodowej: .....

Oddział: ..... godzin: ..... termin .....

Oddział: ..... godzin: ..... termin .....

Oddział: ..... godzin: ..... termin .....

Oddział: ..... godzin: ..... termin .....

Imię i nazwisko zakładowego opiekuna praktyk, stanowisko: .....

e-mail: ..... nr tel.: .....

Podpis upoważnionego pracownika zakładu pracy potwierdzający przyjęcie studenta na praktykę zawodową:

.....

**Akceptacja opiekuna praktyk z Uczelni:** .....  
(data i podpis)

\*proszę podkreślić właściwe