

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

**KIERUNKOWY PROGRAM PRAKTYKI ZAWODOWEJ -**  
**ANESTEZJOLOGIA I STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA**

**Liczba godzin w planie studiów praktyki zawodowej - 40**

**Tematyka praktyki zawodowej:**

1. Zasady postępowania z pacjentką przed i po zabiegach ginekologicznych przebiegających bez powikłań.
2. Postępowanie z pacjentką w przypadku wystąpienia powikłań pooperacyjnych np. krwawień i krwotoków.
3. Dokonywanie oceny stanu zdrowia pacjentki i wdrażanie koniecznego postępowania w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia u pacjentek ciężarnych, położnic oraz ze schorzeniami ginekologicznymi.
4. Opieka nad pacjentką przygotowywaną do cesarskiego cięcia.
5. Specyfika opieki nad pacjentką w stanie zagrożenia życia.

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

1. Student potrafi rozpoznawać stany naglące w przebiegu porodu, w tym łożysko przodujące, łożysko przedwcześnie odklejone, krwotok łożyskowy, dystocję barkową oraz wypadnięcie pępowiny i części drobnego płodu, a także postępować zgodnie z rekomendacjami w tym zakresie;
2. Student potrafi doraźnie tamować krwawienia i krwotoki;
3. 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;
4. Student jest gotów do przestrzegania prawa pacjenta;
5. Student jest gotów do samodzielnego i rzetelnego wykonywania zawodu zgodnie z zasadami etyki, w tym przestrzegania wartości i powinności moralnych w opiece nad pacjentem;
6. Student jest gotów do ponoszenia odpowiedzialności za wykonywane czynności zawodowe;
7. Student jest gotów do zasięgania opinii ekspertów w przypadku trudności z samodzielnym rozwiązaniem problemu;
8. Student jest gotów do przewidywania i uwzględniania czynników wpływających na reakcje własne i pacjenta;
9. Student jest gotów do dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych.

**Metody uczenia (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:**

- praktyki mogą być realizowane w oddziałach i pododdziałach intensywnej terapii dla noworodków i dorosłych oraz na blokach operacyjnych

#### **Placówki:**

- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy ul. Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica
- Regionalne Centrum Zdrowia Sp. z o.o. ul. Gen. Józefa Bema 5-6, 59-300 Lubin
- Szpital św. Łukasza w Bolesławcu Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu, ul. Jeleniogórska 4, 59-700 Bolesławiec
- Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu ul. Lubańska 11/12, 59-900 Zgorzelec

### **Wymagania dotyczące wyboru zakładowego opiekuna praktyk zawodowych i placówki realizującej praktyki zawodowe:**

1. Kartę dotyczącą miejsca praktyk zawodowych dla kierunku Położnictwo 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 położniczej na kierunku Położnictwo 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 Opiekun 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: Położnictwo

studia stacjonarne – pierwszego stopnia

.....  
Miejsce odbywania praktyki (pieczęć 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 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:

Kryteria oceny	Ocena od 2-5

.....  
Data i podpis zakładowego opiekuna praktyk

.....  
Pieczęć 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

.....  
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

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

**PRAKTYKI ZAWODOWE - Dokumentacja procesu pielęgnowania dla kierunku Położnictwo rok akademicki 2025/2026**

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				rozrusznik 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:	
<b>Uwagi dodatkowe</b>					

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>Dzieci urodzonych</b>		o czasie: przedwcześnie:	żywe: martwe:	Inne		
<b>Pęcherz owodniowy</b>		zachowany		brak	<b>Wody płodowe</b>	czyste żółte zielone
<b>Ruchy płodu</b>	czuje	TAK NIE	<b>Dolegliwości bólowe</b>		TAK	NIE
<b>Krwawienie z dróg rodnych</b>		TAK	NIE			
<b>WYMIARY MIEDNICY</b>		MIEDZYKOLCOWY	MIEDZYGRZEBIENIOWY	MIEDZYKRĘTARZOWY	SPRZEŻNA ZEWNETRZNA	
<b>POŁOŻENIE PŁODU</b>	PODŁUŻNE GŁÓWKOWE		<b>ASP</b>	TAK		NIE
	PODŁUŻNE MIEDNICOWE		<b>WARTOŚĆ</b>			
	POPZECZNE		PRAWIDŁOWE			
	SKOŚNE		NIEPRAWIDŁOWE			
<b>Uwagi dodatkowe</b>						

**KARTA PIEŁĘGNACJI PACJENTA ROK AKADEMICKI .....**

<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
			Lokalizacja	Czas	Klient		
Diagnoza pielęgnarska							
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 zgodne 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:

**22 - 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/jednolite studia magisterskie \*

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