

**Wniosek o umożliwienie odbycia praktyki
w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej W Hrubieszowie**

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

.....
(adres e-mail)

**Dyrektor
SP ZOZ w Hrubieszowie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyki

Z zakresu

w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie w n/w komórce organizacyjnej

.....
(nazwa komórki organizacyjnej)

w okresie, od do , dni roboczych, ilość godzin

Jestem studentem, uczniem, słuchaczem, stażystą*

.....
(nazwa jednostki kształcącej, uczelni, szkoły, kierunek studiów, rok)

.....
(podpis wnioskodawcy)

* niewłaściwe skreślić

-VERTE-

O Ś W I A D C Z E N I A W N I O S K O D A W C Y

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie danych osobowych oraz na ich przetwarzanie na potrzeby realizacji praktyk, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Zapoznałam/em się z Regulaminem realizacji praktyk w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wypełnia osoba kierująca w komórce organizacyjnej:

Potwierdzam możliwości przyjęcia studenta na praktykę w terminie:

.....

Wyznaczam na opiekuna: (podać: nazwisko, imię)

.....
(podpis ordynatora/ kierownika komórki
lub pielęgniarki/położnej oddziałowej)

.....
(podpis opiekuna praktyk)

Decyzja Dyrektora

Na podstawie § 3 ust. 3 Regulaminu realizacji praktyk w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie udzielam zgody na odbycie praktyki w uzgodnionym miejscu i terminie.

.....
podpis Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa

DOKUMENTY WYMAGANE – PRAKTYKA

- 1) Wniosek o umożliwienie odbycia praktyki w Szpitalu, zawierający oświadczenie o wyrażeniu zgody na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych przez Szpital w zakresie niezbędnym do realizacji praktyki oraz oświadczenie o zapoznaniu się z niniejszym regulaminem,
- 2) program praktyki zgodny z kierunkiem kształcenia,
- 3) ewentualne skierowanie wystawione przez podmiot prowadzący kształcenie,
- 4) dokument potwierdzający posiadanie ubezpieczenia od **odpowiedzialności cywilnej (OC)** oraz od **następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)**, poszerzonego o ryzyko chorób zakaźnych obejmujące pokrycie kosztów postępowania profilaktycznego w przypadku ekspozycji zawodowej w stosunku osób kształcących się w zawodach medycznych, w szczególności w przypadku studentów kierunków:
 - lekarskiego,
 - lekarsko-dentystycznego,
 - fizjoterapii,
 - pielęgniarstwa,
 - położnictwa,
 - ratownictwa medycznego,
 - analityki medycznej.
- 5) zaświadczenie lekarskie o braku p-wskazań do odbycia praktyki,
- 6) aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- 7) dokument potwierdzający szczepienie p-ko/WZW typu B,
- 8) zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach państwa obcego - **w przypadku praktyk związanych z leczeniem małoletnich**,
- 9) w okresach ustalonych przez Szpital wynik testu antygenowego w kierunku Covid-19