**PRAKTYKI Z INDYWIDUALNYM OPIEKUNEM**

**KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO**

**STUDIA I STOPNIA II ROK**

**ROK AKADEMICKI 2024/2025**

Uprzejmie informujemy, że w roku akademickim 2024/2025 Studenci kierunku Pielęgniarstwo, studia I stopnia II rok mają możliwość realizacji w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 praktyk studenckich przewidzianych do realizacji na II roku studiów przez cały rok akademicki (do dnia: 19. 06. 2025 r. włącznie).

1. Zgodnie z ustaleniami z przedstawicielami Szpitala każdy ze Studentów realizujący praktykę przypisany zostanie do indywidualnego opiekuna praktyk – Pracownika Szpitala.
2. Podstawą do realizacji praktyki będzie skierowanie wystawione w Dziekanacie WNoZ na podstawie Zaświadczenia z jednostki odpowiedzialnej za realizację praktyki, że zrealizował inne formy kształcenia przewidziane w ramach przedmiotu, którego dotyczy praktyka i może realizować praktykę (załącznik nr 1) .
3. Aby rozpocząć praktyki w danym miesiącu Student składa zaświadczenie do opiekuna kierunku w Dziekanacie WNoZ do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc realizacji praktyk.
4. Nazwiska studentów, którzy zadeklarowali chęć realizacji praktyk w danym miesiącu przekazane zostaną do Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 celem przydziału Studentowi opiekuna praktyk.
5. Przed rozpoczeciem praktyk należy skontaktoweć się z Panem Pawłem Ruczyńskim z Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi Szpitala – tel 52 585-49-77.
6. Przed rozpoczęciem praktyki Studenci muszą zaliczyć obowiąkowe Szkolenie BHP prowadzone przez pracowników Szpitala. Terminarz szkoleń do ustalenia w Działe Zarządzania Zasobami Ludzkimi SU nr 1.

*Załącznik nr 1*

Bydgoszcz, …………………………………………..

Z A Ś W I A D C Z E N I E

Potwierdzam, że student/studentka ………………………………………………………………..…….,numer albumu:……………………… kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia II rok, rok akademicki: ……………………………….,

zrealizował (a) wszystkie godziny kształcenia(poza godzinami praktyk) w ramach przedmiotu …………………………………………………………………………………………………………………..………… i może/nie może rozpocząć

realizację praktyk z ww. przedmiotu

……………………………………..

Podpis Asystenta dydaktycznego /

 kierownika jednostki organizacyjnej odpowiedzianej za realizację przedmiotu