

Warszawa, dnia.....

Numer podania
(wypełnia CKP)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Pesel

Adres

.....

tel.

e-mail

**Zastępca Dyrektora ds. Naukowych
Wojskowego Instytutu Medycznego
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa**

ZGODA / BRAK ZGODY

Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **praktyk studenckich/zawodowych** w Wojskowym Instytucie Medycznym.

Klinika/Oddział/Zakład:.....

Preferowany termin:

Termin alternatywny:

Liczba godzin.....

Uczelnia i Wydział/Szkoła.....

Kierunek i rok studiów/Klasa.....

.....
(podpis zainteresowanego)

Wypełnia Kierownik jednostki

Proszę zaznaczyć właściwe:

- 1) **Istnieje** możliwość odbycia praktyk studenckich/zawodowych.

Termin praktyki.....

- 2) **Nie ma** możliwości odbycia praktyk studenckich/zawodowych.

Uzasadnienie decyzji:

.....

.....
(podpis i pieczętka)

Wypełnia Pielęgniarka Oddziałowa**:

Proszę zaznaczyć właściwe:

- 1) **Istnieje** możliwość odbycia praktyk studenckich/zawodowych.

Termin praktyki.....

- 2) **Nie ma** możliwości odbycia praktyk studenckich/zawodowych.

Uzasadnienie decyzji:

.....

.....
(podpis i pieczęć)

Wypełnia Kierownik Wydziału CKP***

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji:

- a. skierowanie z uczelni,
- b. ramowy program praktyk,
- c. umowa/porozumienie,
- d. ubezpieczenie OC oraz ubezpieczenie NNW,
- e. zgoda na przetwarzanie danych osobowych,
- f. aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy****,
- g. aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych****,
- h. zaświadczenie lub wpis o przebyłym szczepieniu przeciw WZW typu B****.

.....
(podpis i pieczęć)

*Dotyczy uczniów oraz studentów:

- kierunku lekarskiego/lekarsko-dentystycznego,
- rehabilitacji,
- farmacji.

**Dotyczy studentów:

- kierunku pielęgniarstwo,
- I roku kierunku lekarskiego/lekarsko-dentystycznego.

***Przez Kierownika Wydziału CKP rozumie się:

- w przypadku studentów pielęgniarstwa/położnictwa - Kierownika Wydziału Kształcenia Pielęgniarek i Położnych,
- w przypadku studentów pozostałych kierunków oraz uczniów szkół ponadpodstawowych – Kierownika Wydziału Organizacji Doskonalenia Zawodowego.

****Dotyczy osób kształcących się w celu wykonywania zawodu medycznego.