

.....  
(Nazwisko i imię studenta)

.....  
(Nr albumu)

.....  
(rok studiów / kierunek/ stopień studiów)

.....  
(Miejscowość, data)

**WNIOSEK (WNoZ)**  
**o wyrażenie zgody na zorganizowanie praktyki we własnym zakresie**

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki zawodowej w:

.....

nazwa i adres Podmiotu

w terminie.....zgodnie z załączoną kartą praktyki

Przedmiot/nazwa/zakres praktyki	Wymiar godzin dydaktycznych	Oddział/placówka

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie przez Uczelnię moich danych osobowych zawartych we wniosku Podmiotowi, o którym mowa powyżej, w celu uzyskania zgody na realizację praktyki zgodnie z wnioskiem.

.....  
data i podpis studenta

---

### Zgoda Podmiotu, w którym będzie realizowana praktyka:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na odbycie praktyki zgodnie z załączoną kartą praktyk.  
przez studenta .....

imię i nazwisko

W .....

nazwa i adres Podmiotu

Podmiot stwarza wszelkie możliwości na realizację praktyki zawodowej zgodnie z przewidywanym programem praktyki.

Wyznaczam na opiekuna praktyki:

.....  
imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez Podmiot do kształcenia praktycznego

.....  
nr tel. opiekuna praktyki w placówce

.....  
nr prawa wykonywania zawodu\*\*  
(dotyczy kierunków pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia, ratownictwo medyczne, nie dotyczy kierunków dietetyka i zdrowie publiczne)

.....  
data, pieczęć, podpis dyrektora/kierownika Podmiotu

---

#### dla kierunku pielęgniarstwo:

**studia I st.:** osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub zawodu położnej, będącej pracownikiem danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym odbywa się praktyka, a nadzór nad realizacją praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni

**studia II st.:** osoby posiadającej prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa, będącej pracownikiem danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym odbywa się praktyka, a nadzór nad realizacją praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni

#### dla kierunku położnictwo:

**studia I st.:** osoby posiadającej prawo wykonywania zawodu położnej lub zawodu pielęgniarstwa, będącej pracownikiem danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym odbywa się praktyka, a nadzór nad prowadzeniem praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni

**studia II st.:** osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu położnej, będącej pracownikiem danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, nadzór nad prowadzeniem praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni

Praktyki zawodowe w zakresie diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii są prowadzone pod kierunkiem osoby y posiadającej kompetencje zawodowe oraz doświadczenie w tym zakresie.

#### dla kierunku fizjoterapia:

**studia jednolite mgr:** fizjoterapeuta, posiadający prawo wykonywania zawodu, z tym, że praktyka asystencka może być realizowana pod kierunkiem lekarza rehabilitacji, a nadzór nad prowadzeniem praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni

#### dla kierunku ratownictwo medyczne:

**studia I st.:** osoba wykonująca zawód ratownika medycznego lub posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza, ratownika medycznego lub pielęgniarstwa systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, będących pracownikami podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym odbywa się praktyka, a nadzór nad prowadzeniem praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni

---

### Rozstrzygnięcie Dziekana w zakresie objętym wnioskiem

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki/Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki\*

Uzasadnienie (w przypadku niewyrażenia zgody).....

.....

.....

.....  
data i podpis Dziekana

---

\* niewłaściwe skreślić

\*\* dotyczy prawa wykonywania zawodu

**Kryteria doboru miejsc odbywania praktyk zawodowych  
studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu  
kierunek Ratownictwo Medyczne**

.....  
data

.....  
pieczęć placówki

Lp.	Informacje dotyczące placówki	TAK	NIE
1.	Placówka stanowi jednostkę systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w rozumieniu ustawy o PRM (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410 ze zm.)*		
2.	Placówka stanowi jednostkę współpracującą z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne w rozumieniu ustawy o PRM (Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410 ze zm.)**		
3.	Placówka świadczy szeroki pakiet usług w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub zespołów ratownictwa medycznego*		
4.	Realizacja świadczeń (usług) jest zgodna z aktualnie obowiązującymi przepisami ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zgodnymi dla profilu działalności		
5.	Charakter placówki pozwala realizować przewidziane programem praktyk efekty kształcenia		
6.	Placówka posiada odpowiednie zaplecze sprzętowe umożliwiające realizację efektów kształcenia przewidzianych programem praktyk w rzeczywistych warunkach pracy		
7.	Instytucja zobowiązuje się do wyznaczenia spośród zatrudnionego personelu opiekuna praktyk w placówce (posiadającego wykształcenie mające zastosowanie przy udzielaniu świadczeń właściwych dla realizacji praktyki)		

\* dotyczy praktyk realizowanych w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub zespołu ratownictwa medycznego

\*\* dotyczy praktyk realizowanych w jednostkach współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne

.....  
imię i nazwisko  
opiekuna praktyk w placówce

.....  
miejsowość, data  
pieczęć i podpis osoby upoważnionej