**ZGŁOSZENIE**

**na realizację zajęć kształtujących umiejętności praktyczne**

**Podstawa prawna**: Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 23 października 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. **z 2020**, poz. 1881).

**Na podstawie § 1c cyt. rozporządzenia** **w** roku akademickim 2020/2021 **studenci** studiów przygotowujących do wykonywania zawodów: **lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego**, którzy w trakcie tego roku akademickiego wykonywali czynności w ramach zadań realizowanych przez podmioty lecznicze lub służby sanitarno-epidemiologiczne w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, **mogą ubiegać się o zaliczenie części zajęć lub grup zajęć kształtujących umiejętności praktyczne, w tym zajęć praktycznych i praktyk zawodowych,** do których w programie studiów zostały przypisane efekty uczenia się obejmujące umiejętności praktyczne, które nabyli w czasie wykonywania tych czynności. **Uczelnia może zaliczyć część zajęć lub grup zajęć, o których mowa powyżej, uwzględniając informacje o liczbie godzin i charakterze wykonywanych czynności, zawarte w zaświadczeniu wydanym przez podmiot, w którym student wykonywał te czynności (§ 1c. cyt. rozporządzenia).**

1. **Dane studenta:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………….................

PESEL: …………………………………………………..

Adres zamieszkania: …………..

Nr tel. e-mail……………………………………………

Uczelnia…………………………………………………………………………………………........

Wydział Lekarski/Szkoła Zdrowia Publicznego\*

Kierunek studiów………………………………………………… Rok studiów ……………………

\* właściwe podkreślić

1. **Nazwa podmiotu leczniczego / stacji sanitarno-epidemiologicznej:** ………………………………………………………………………………………………………..

**Pieczęć**

Proponowany **wymiar godzin** i termin realizacji zajęć kształtujących umiejętności praktyczne: ………………………………………………………………………………………………….

Data ………………………. w godz. ……………….. (liczba godzin …...) oddział …………

Data ………………………. w godz. ……………….. (liczba godzin …...) oddział …………

Data ………………………. w godz. ……………….. (liczba godzin …...) oddział …………

Data ………………………. w godz. ……………….. (liczba godzin …...) oddział …………

Data ………………………. w godz. ……………….. (liczba godzin …...) oddział …………

Data ………………………. w godz. ……………….. (liczba godzin …...) oddział …………

Data ………………………. w godz. ……………….. (liczba godzin …...) oddział …………

Data ………………………. w godz. ……………….. (liczba godzin …...) oddział …………

1. **Oświadczenie i zobowiązania studenta:**

W trakcie realizacji zajęć kształtujących umiejętności praktyczne **zobowiązuję się** do:

1. przestrzegania ustalonego przez zakład pracy porządku i dyscypliny pracy;
2. przestrzegania zasad bhp i p.poż;
3. przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami i politykami wewnętrznymi administratora;
4. zachowania poufności danych, do których w trakcie praktyki studenckiej uzyskam dostęp;
5. pokrycia we własnym zakresie kosztów zakwaterowania i wyżywienia oraz wszelkich innych kosztów związanych z wykonywaniem czynności kształtujących umiejętności praktyczne (wykonywanie czynności praktycznych nie spowoduje z mojej strony roszczeń o wynagrodzenie lub zwrot innych kosztów związanych bezpośrednio z wykonywaniem tych zadań);
6. przestrzegania procedur zapobiegania rozprzestrzeniania się zakażenia SARS CoV-2 obowiązujących w podmiocie leczniczym/ stacji sanitarno-epidemiologicznej.

Oświadczam, że jestem osobą ubezpieczoną, OC oraz od następstw nieszczęśliwych wypadków.

 ......................................... ......................................................

 (data) (czytelny podpis studenta)

1. **Opinia dyrektora ds. pielęgniarstwa:**

 ……………………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………………………………………………….

Proponowany opiekun podczas realizacji czynności …………………………………………….……..

 (imię i nazwisko opiekuna)

……………………, dnia…………………. ………………………………...

 (*Podpis osoby z podmiotu leczniczego / przełożona pielęgniarek, pielęgniarka naczelna*.)

1. **Decyzja Dyrektora podmiotu leczniczego/ stacji sanitarno-epidemiologicznej:**

 ……………………………………………………………………………………………………..

 ……………………, dnia…………………. ………………………………...

 (Podpis i pieczęć Dyrektora)