

.....
Imię i NAZWISKO praktykanta

SP ZOZ MSzZ w Częstochowie, ul. Mirowska15

Miejsce odbywania praktyk

Szkolenia niezbędne do odbycia praktyk *		Data szkolenia	Podpis szkolącego
Szkolenie BHP	Inspektor ds. BHP p. Katarzyna Wróblewska p. Sebastian Kazik telefon kontaktowy: 034 37 02 133 lub: 034 37 02 613		
Szkolenie Ppoż.	Inspektor ds. P. Poż p. Roman Soluch telefon kontaktowy: 034 37 02 648		
Szkolenie dot. Ochrony Danych Osobowych	Inspektor Ochrony Danych p. Marta Radko telefon kontaktowy: 034 37 02 666		

* Szkolenia należy odbyć przed rozpoczęciem praktyk

Załącznik Nr 3 do Regulaminu praktyk

Częstochowa, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres korespondencyjny

.....
Uczelnia/jednostka kierująca

.....
wydział/kierunek/rok studiów/szkoły

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z „Regulaminem praktyk studenckich ,praktyk zawodowych, zajęć praktycznych i innych form kształcenia zawodowego przeprowadzanych w SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie” ,Regulaminem Pracy ,przepisami z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisami z zakresu ochrony przeciwpożarowej, oraz z procedurą z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym/procedurą po ekspozycji na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał organiczny/ obowiązującymi w Miejskim szpitalu Zespolonym w Częstochowie.

.....
czytelny podpis praktykanta

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres Korespondencyjny

.....
Telefon, e-mail

.....
Uczelnia/jednostka kierująca

.....
Wydział/kierunek/rok studiów/szkoły

**Dyrektor
Miejskiego Szpitala Zespołonego
w Częstochowie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację studenckich praktyki/ praktyk zawodowych/zajęć praktycznych/innej formy kształcenia zawodowego/*
(*niepotrzebne skreślić lub określić inną formę kształcenia)

z zakresu..... W

.....
(Oddział/Komórka organizacyjna)

Miejskiego Szpitala Zespołonego w Częstochowie w terminie od dnia

do dnia Wymiar godzinowy praktyk wynosi*
(*Jeden dzień praktyki odpowiada max 7 godzinom zegarowym)

.....
podpis ubiegającego się o praktykę

Akceptuję odbycie praktyk: opiekun/opiekunowie /praktyki

.....
(Data i Podpis Ordynator/Kierownik/Oddziałowa)

Akceptuję odbycie praktyk:

.....
(Data i Podpis Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa/Naczelnia Pielęgniarka)

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY

.....
(Data i Podpis Dyrektora)