Pieczęć podmiotu leczniczego

**Zaświadczenie o ukończeniu Instruktażu Stanowiskowego w Zakresie Bezpieczeństwa i Higieny Pracy oraz ekspozycji na czynniki biologiczne w miejscu pracy**

Rok akademicki …………………….

studia pierwszego/drugiego stopnia\* I/ II / III rok studiów;

grupa: ……………………..

Celem szkolenia jest uzyskanie przez studenta studiów pierwszego i drugiego stopnia Kierunku **Pielęgniarstwo**/ **Położnictwo** wiadomości praktycznych i umiejętności w zakresie bezpieczeństwa wykonywanej pracy.

Student Kierunku Pielęgniarstwo/ Położnictwo został poinformowany o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniem oraz postępowaniem   
w przypadku narażenia na czynniki biologiczne i inne, które są związane z wykonywaną pracą.

Opiekun Praktyk/Nauczyciel akademicki ………………………………………………………………………………………………………….

Zajęcia praktyczne/Praktyka zawodowa z zakresu/przedmiot………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p | Imię i nazwisko | Data szkolenia | Podpis studenta | Numer grupy |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

Data i czytelny podpis (pieczątka) opiekuna praktyk/nauczyciela akademickiego ……………………………………………………………………