

KARTA ODPRACOWANIA NIEOBECNOŚCI NA PRAKTYKACH ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko

Nr albumu

Kierunek i rok studiów

Przedmiot

Przyczyna nieobecności:

.....

Nieobecność nastąpiła w dniu/dniach

Podpis studenta.....

Wyrażenie zgody na odpracowanie zaległych praktyk zawodowych

a) zgodę wyraża pielęgniarka/położna oddziałowa lub przełożona/y, która zezwala na pracę studenta/studentki w dniu/dniach, wolnych od zajęć dydaktycznych, wyznaczając jednocześnie pielęgniarkę/położną, pod opieką, której będzie pracować student/studentka.

Imię i nazwisko pielęgniarki/położnej (opiekuna praktyk)

.....
(Czytelny podpis i pieczęć pielęgniarki/położnej oddziałowej/przełożonej)

b) zgodę wyraża pielęgniarka/położna, którą oddziałowa/przełożona wskazała w punkcie a).

Data odpracowania - godziny pracy

Opieka nad studentem/studentką w wyżej wymienionym terminie odbywać się będzie bezpłatnie. Pielęgniarka/położna, która wyrazi zgodę na opiekę ponosi całkowitą odpowiedzialność za wszystkie czynności wykonywane przez studenta/studentkę.

.....
(Czytelny podpis pielęgniarki/położnej – pieczęć)

c) Opinia Kierownika Studenckich Praktyk Zawodowych: akceptuję / nie akceptuję

.....
(Data i podpis Kierownika Praktyk)

* Dokument należy wydrukować dwustronnie.

** Do dokumentu należy dołączyć **podanie o wyrażenie zgody na odbycie indywidualnej praktyki zawodowej** z podmiotu leczniczego, w którym odrabiana jest praktyka.

Udokumentowanie pracy studenta:

Data	Czas pracy	Zaliczone efekty uczenia się	Ocena za efekt uczenia się	Czytelny podpis Opiekuna praktyk
Ocena końcowa				
Podpis Studenta				

.....
(Czytelny podpis i pieczętka Opiekuna praktyk zawodowych)