

Akademia WSB

WSB University

SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ STUDENTA KIERUNKU PIEŁĘGNIARSTWO AKADEMII WSB W DĄBROWIE GÓRNICZEJ

Potwierdzenie zrealizowania zajęć klinicznych min. 50%:

*w przypadku zajęć z anestezjologii, pediatrii 75%

.....
(pieczęć i podpis Pełnomocnika ds. praktyk i zajęć klinicznych)

Dąbrowa Górnicza, dnia

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

(nazwa i adres placówki)

Zgodnie z planem studiów i programem kształcenia kieruje się Pana/Panią*

..... nr albumu studenta/-kę

Semestru studiów stacjonarnych/niestacjonarnych* na kierunku **PIEŁĘGNIARSTWO** do odbycia obowiązkowej praktyki w terminie:

od do, w zakresie

.....
(nazwa praktyki)

na podstawie porozumienia zawartego między Akademią WSB, ul. Cieplaka 1c w Dąbrowie Górniczej reprezentowanej przez Rektora lub upoważnionego Pełnomocnika Rektora ds. Praktyk na kierunku PIEŁĘGNIARSTWO a ww. zakładem pracy, reprezentowanym przez Dyrektora (Kierownika) lub upoważnionego przez Dyrektora (Kierownika) pracownika Zakładu Pracy.

.....
(pieczęć i podpis Pełnomocnika Rektora ds. Praktyk)

Potwierdzenie przyjęcia studenta na praktykę ze strony zakładu pracy

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis przedstawiciela Zakładu Pracy)

Praktyka studencka bezpłatna/praktyka* płatna. (uzupełnia pracownik szpitala)

Cena jednostkowa osobodzień/godzina* zł netto/brutto*

Liczba dni/godzin

Kwota całkowita do zapłaty: zł netto/ brutto*

.....
(pieczęć i podpis Pełnomocnika Rektora ds. Praktyk)

*niepotrzebne skreślić