**Załącznik Nr 1** do Regulaminu Przeprowadzania i Organizowania Studenckich Praktyk Zawodowych/Praktycznej Nauki Zawodu/ Szkolenia Praktycznego w Płockim Zakładzie Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. z siedzibą w Płocku

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA STUDENCKĄ PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ/PRAKTYCZNĄ NAUKĘ ZAWODU/SZKOLENIE PRAKTYCZNE**

*Zgłoszenie na studencką praktykę zawodową/praktyczną naukę zawodu/szkolenie praktyczne stanowi integralną część Porozumienia. Zgłoszenie na studencką praktykę zawodową/praktyczną naukę zawodu/szkolenie praktyczne należy dostarczyć lub przesłać do Kancelarii Spółki.*

 Płock, dnia …………………………..………..

* + - 1. **Wypełnia wnioskodawca:**

Imię i nazwisko:

…………………………..……………………………………………………………

Adres do korespondencji:

………………………………………………………………………………………

Telefon, E-mail:

…………………………………….…………………………………………………

Nazwa Uczelni:

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

Wydział, kierunek, rok/semestr studiów:

……………………………………….………………………………………………

Zakres praktyk, liczba godzin do zrealizowania:

…………………………………………………...…………………………………

Jednostka/komórka organizacyjna, w której ma być realizowana studencka praktyka zawodowa/praktyczna nauka zawodu/szkolenie praktyczne:

……………………………………………………..…………………………………

Termin odbywania praktyki:

………………………………………………………………………………………

Załącznik do formularza zgłoszeniana studencką praktykę zawodową/praktyczną naukę zawodu/szkolenie praktyczne:

* + - * 1. program, zgodny z kierunkiem kształcenia wraz z określeniem liczby godzin zaakceptowany przez Uczelnię;
				2. dokument potwierdzający posiadanie ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) oraz odpowiedzialności cywilnej (OC) – w czasie praktyk; w przypadku studentów wydziału lekarskiego, lekarskodentystycznego, pielęgniarstwa – poszerzonego ubezpieczenia o ryzyko chorób zakaźnych obejmującego pokrycie kosztów postępowania profilaktycznego w przypadku ekspozycji zawodowe;
				3. stosownego orzeczenia lekarskiego określającego zdolność do pracy, dotyczącego badań do celów sanitarno-epidemiologicznych;
				4. oświadczenia o zapoznaniu się z Regulaminem Przeprowadzania i Organizowania Studenckich Praktyk Zawodowych/Praktycznej Nauki Zawodu/ Szkolenia Praktycznego w Płockim Zakładzie Opieki Zdrowotnej Sp.
				z o.o. z siedzibą w Płocku.

Warunkiem zrealizowania praktyki studenckiej w Płockim Zakładzie Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. jest:

1. uzyskanie zgody Kierownika jednostki/komórki organizacyjnej, w której ma być realizowana praktyka;
2. podpisanie porozumienia przez Uczelnię z Płockim Zakładem Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o., zgodnie z wzorem obowiązującym w Płockim Zakładzie Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.

 ………………………………………………………

 *data i podpis studenta/praktykanta*

* + - 1. **Wypełnia Kierownik jednostki/komórki organizacyjnej:**

Potwierdzam możliwości przyjęcia studenta na studencką praktykę zawodową/praktyczną naukę zawodu/ szkolenie praktyczne w terminie:

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

Wyznaczam na Opiekuna studenckich praktyk zawodowych/praktycznej nauki zawodu/szkolenia praktycznego:

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

 *(imię i nazwisko Opiekuna)*

 ………………..…..………………………………………….

*data i podpis Kierownika
jednostki/komórki organizacyjnej*

* + - 1. **Decyzja Członka Zarządu lub osoby przez niego upoważnionej**

Na podstawie § 2 ust. 5 *Regulaminu organizacji studenckich praktyk zawodowych/praktycznej nauki zawodu/szkolenia praktycznego w Płockim Zakładzie Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. z siedzibą w Płocku* wyrażam zgodę na odbycie studenckich praktyk zawodowych/praktycznej nauki zawodu /szkolenia praktycznego w uzgodnionym miejscu i terminie.

 ….……………………………………………………….

*podpis Członka Zarządu lub*

*osoby upoważnionej*