

.....
(nazwisko i imię)

Elbląg, dnia.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

**Dyrekcja
Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu
ul. Komeńskiego 35
82 – 300 Elbląg**

P O D A N I E

Proszę o umożliwienie odbycia praktyki / stażu zawodowego* w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu.

Jestem studentem/ką/ uczestnikiem kształcenia podyplomowego roku, wydziału/specjalizacji

W W
(nazwa uczelni/ ośrodka) (miejsowość)

Praktykę/ staż* chciałbym / chciałabym odbywać w:

1.w terminie
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (od dnia do dnia)

Opiekunem będzie
(imię i nazwisko)

Zgoda opiekuna praktyki/ stażu
(podpis i pieczęć)

2.w terminie
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (od dnia do dnia)

Opiekunem będzie
(imię i nazwisko)

Zgoda opiekuna praktyki/ stażu
(podpis i pieczęć)

Akceptuję i zobowiązuję się przestrzegać warunki regulaminu organizowania zajęć praktycznych, praktyk zawodowych, staży w zakresie kształcenia podyplomowego oraz wolontariatu w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu.

.....
(podpis studenta / stażysty)

AKCEPTUJĘ
Specjalista ds. szkoleń / Personel Sekcji ds. szkoleń

WYRAZAM ZGODĘ
DYREKTOR / Z-CA DYREKTORA

Załączniki:

1. Program praktyki/stażu.
2. Skierowanie do odbycia praktyki/stażu.

* niepotrzebne skreślić

**KARTA DOPUSZCZENIE DO PRAKTYKI / STAŻU ZAWODOWEGO*
W SZPITALU MIEJSKIM ŚW. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU**

| | |
|--|---|
| IMIĘ I NAZWISKO | |
| TERMIN ODBYCIA PRAKTYKI, STAŻU ZAWODOWEGO | |
| <p>Weryfikacja dostarczonych wyników badań potwierdzających możliwość odbycia praktyki / stażu</p> <p>Badanie kału na nosicielstwo:</p> <p>..... Nr badania /data</p> <p>Szczepienie ochronne WZW typu B:</p> <p>.....</p> <p>..... Data i podpis Specjalista ds. szkoleń / Pielęgniarka Gabinetu Medycyny Pracy</p> | <p>Weryfikacja dostarczonego ubezpieczenia w zakresie NW oraz OC w przypadku studentów medycyny</p> <p>.....</p> <p>..... Data i podpis Specjalista ds. szkoleń / Personel Sekcji ds. szkoleń</p> |
| <p>Szkolenie BHP Szkolenie P.poż. Szkolenie dot. zagrożenia i ryzyka zawodowego związanego z wykonywanymi czynnościami</p> <p>..... Data i podpis Specjalisty ds. BHP (Integralną część stanowi Karta Szkolenia BHP)</p> <p>..... Data i podpis studenta / stażysty</p> | <p>Szkolenie z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym</p> <p>..... Data i podpis opiekuna praktyki</p> <p>..... Data i podpis studenta / stażysty</p> |
| <p>Zapoznanie z przepisami o ochronie danych osobowych</p> <p>..... Data i podpis Administradora Bezpieczeństwa Informacji</p> <p>..... Data i podpis studenta / stażysty</p> | <p>Dopuszczono do praktyki/ stażu zawodowego*</p> <p>..... Data i podpis Specjalista ds. szkoleń / Personel Sekcji ds. szkoleń</p> |

* niepotrzebne skreślić

**WYMAGANIA WOBEC STUDENTÓW, PRAKTYKANTÓW, WOLONTARIUSZY
W ZAKRESIE BADAN LEKARSKICH**

A/ lekarz, pielęgniarz, ratownik medyczny, opiekun medyczny, laborant, technik sterylizacji:

1. aktualną książeczkę zdrowia do celów epidemiologicznych,
2. szczepienia ochronne w zakresie WZW typu B (3 krotne) lub miano p/ciał powyżej 10
3. badania bakteriologiczne kału na nosicielstwo Salmonella Shigella z wynikiem ujemnym - ważne 10 lat,

B/ psycholog, fizjoterapeuta, masażysta, farmaceuta, elektroradiolog:

1. aktualną książeczkę zdrowia do celów epidemiologicznych,
2. badania bakteriologiczne kału na nosicielstwo Salmonella Shigella z wynikiem ujemnym- ważne 10 lat,

C/ dietetyk, kucharz, pomoc kuchenna:

1. aktualną książeczkę zdrowia do celów epidemiologicznych,
2. badania bakteriologiczne kału na nosicielstwo Salmonella Shigella z wynikiem ujemnym

D/ pracownicy biura działu: personalnego, księgowości, technicznego:

nie wymaga się

UWAGA

Student, praktykant, wolontariusz zobowiązany jest posiadać książeczkę zdrowia dla celów sanitarno – epidemiologicznych przez cały czas trwania zajęć praktycznych, praktyk zawodowych, ćwiczeń i udostępnić ją do wglądu: opiekunowi oraz pracownikom Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej podczas kontroli.

Studenci/ praktykanci leczący się na schorzenia przewlekłe i Studentki/ praktykantki ciężarne zobowiązani są do przedstawienia zaświadczenia lekarza medycyny pracy, potwierdzającego **brak przeciwwskazań do wykonywania czynności medycznych w warunkach klinicznych.**

.....
(nazwisko i imię)

Elbląg, dnia.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

Dyrekcja
Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu
ul. Komeńskiego 35
82 – 300 Elbląg

**Karta dopuszczenia studenta
do odbycia zajęć praktycznych w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu.**

Jestem studentem/ką/ roku, wydziału.....

W W
(nazwa uczelni- szkoły) (miejsowość)

Zajęcia praktyczne odbywać się będą w oddziale:

1.w terminie
oddział (od dnia do dnia)

Opiekunem będzie
(imię i nazwisko)

.....
(data i podpis opiekuna)

2.w terminie
oddział (od dnia do dnia)

Opiekunem będzie
(imię i nazwisko)

.....
(data i podpis opiekuna)

3.w terminie
oddział (od dnia do dnia)

Opiekunem będzie
(imię i nazwisko)

.....
(data i podpis opiekuna)

Akceptuję i zobowiązuję się przestrzegać warunki regulaminu organizowania zajęć praktycznych, praktyk zawodowych, staży w zakresie kształcenia podyplomowego oraz wolontariatu w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu.

.....
(podpis studenta)

**KARTA DOPUSZCZENIA DO ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH
w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu**

| | |
|--|---|
| IMIĘ I NAZWISKO | |
| TERMIN ODBYCIA ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH | |
| Weryfikacja dostarczonych wyników badań potwierdzających możliwość odbycia praktyki Badanie kału na nosicielstwo: Nr badania /data Szczepienie ochronne WZW typu B: Data i podpis opiekuna praktyki | Weryfikacja dostarczonego ubezpieczenia w zakresie NW oraz OC w przypadku studentów medycyny Data i podpis opiekuna praktyki |
| Szkolenie BHP Szkolenie P.poż. Szkolenie dot. zagrożenia i ryzyka zawodowego związanego z wykonywanymi czynnościami Data i podpis Specjalisty ds. BHP (Integralną część stanowi Karta Szkolenia BHP) Data i podpis studenta | Szkolenie z zakresu zapobiegania zakażeniom szpitalnym Data i podpis opiekuna praktyki Data i podpis studenta |
| Zapoznanie z przepisami o ochronie danych osobowych Data i podpis Administratora Bezpieczeństwa Informacji Data i podpis studenta | Dopuszczono studenta do odbywania zajęć praktycznych Data i podpis opiekuna praktyki |