

Projekt: „Quality for Nurses. Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w zakresie kształcenia studentów kierunku Pielęgniarstwo” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWR.05.03.00-00-0030/15)

KARTA ODPRACOWANIA NIEOBECNOŚCI NA PRAKTYKACH ZAWODOWYCH

Nazwisko

Imię

Rok studiów

Adres zamieszkania

Przyczyna nieobecności:

.....

Nieobecność nastąpiła w dniach.....

Podpis studenta.....

Wyrażenie zgody na odpracowanie zaległych praktyk przez studenta:

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

a) Imię i nazwisko pielęgniarki

(Czytelny podpis i pieczętka pielęgniarki oddziałowej/przełożonej)

.....

b) zgodę wyraża pielęgniarka, którą oddziałowa wskazała w punkcie b.

.....

Data odpracowania - godziny pracy

.....

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

.....

(Czytelny podpis pielęgniarki – pieczętka)

Opinia Kierownika Praktyk. Akceptuję/nie akceptuję

.....

Data i podpis Kierownika Praktyk