

ZASADY UCZESTNICTWA STUDENTÓW W ZAJĘCIACH PRAKTYCZNYCH

Ubranie ochronne, obuwie ochronne, identyfikator

Zawsze przy sobie:

	SM	WSZ
książeczka do celów sanitarno-epidemiologicznych	aktualna, z pisem lekarza med. pracy	
<i>RTG klatki pier.</i>	-	6 lat
Kał na nosicielstwo Salm. Shig. 3x	10 lat	
Szczepienie wzwb 3x lub miano pciał >10	bezterm*	bezterm
	bezterm*	-
<i>wymaz z nosa</i> MRSA	-	1 m-c

*Nie dotyczy studentów fizjoterapii, dietetyki

Studenci leczący się na choroby przewlekłe i studentki ciężarne - zaświadczenie lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania czynności medycznych w warunkach klinicznych.

SM na pierwszych zajęciach podanie wypełnione:

.....

(nazwisko i imię)

.....

(adres zamieszkania)

.....

(numer telefonu)

Elbląg, dnia.....

**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

(nazwa uczelni- szkoły)

W

(miejscowość)

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)