

UNIwersytet Warszawski
Wydział Medyczny
Kierunek Lekarski

**KARTA INFORMACYJNA O MIEJSCU ODBYCIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ,
PROPONOWANYM PRZEZ STUDENTA**

Placówka lecznicza proponowana jako miejsce odbycia praktyki zawodowej:

.....
(pełna nazwa)
.....

Adres:
(ulica, nr domu, miejscowość, kod pocztowy)

KRS:

Zakres działania:

| | |
|--|----------|
| Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego | TAK/NIE* |
| Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej | TAK/NIE* |
| Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej | TAK/NIE* |
| Jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne | TAK/NIE* |
| Hospicjum | TAK/NIE* |

Kryteria kwalifikacji:

| | |
|---|----------|
| Placówka posiada kontrakt z NFZ <i>(kryterium konieczne)</i> | TAK/NIE* |
| Placówka posiada akredytację <i>(kryterium dodatkowe)</i> | TAK/NIE* |
| Placówka posiada doświadczenie w realizacji praktyk zawodowych studentów kierunku lekarskiego lub innego pokrewnego <i>(kryterium dodatkowe)</i> | TAK/NIE* |
| Zakres świadczeń udzielanych w placówce pozwala na osiągnięcie efektów uczenia się założonych dla praktyk <i>(kryterium konieczne)</i> | TAK/NIE* |
| Osoba prowadząca praktykę studenta (zakładowy opiekun praktyk) posiada kwalifikacje adekwatne do efektów uczenia się założonych dla praktyk <i>(kryterium konieczne)</i> | TAK/NIE* |
| Osoba prowadząca praktykę studenta (zakładowy opiekun praktyk) posiada co najmniej pięcioletnie doświadczenie w pracy zawodowej <i>(kryterium konieczne)</i> | TAK/NIE* |

| | |
|---|----------|
| Osoba prowadząca praktykę studenta (zakładowy opiekun praktyk) posiada doświadczenie w pracy ze studentami kierunku lekarskiego lub innego pokrewnego <i>(kryterium dodatkowe)</i> | TAK/NIE* |
|---|----------|

Osoba prowadząca praktykę studenta w placówce (zakładowy opiekun praktyk):

.....
(imię i nazwisko, stanowisko)

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody* na odbycie przez
studenta/studentkę*:.....

..... praktyki zawodowej o wymiarze:

..... w terminie:

.....

.....

miejsowość, data

podpis i pieczęć osoby zarządzającej placówką

**niepotrzebne skreślić*