

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....
(miejsowość i data)

OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu:

.....
(nazwa podmiotu leczniczego)

1. Potwierdzam wolę przyjęcia Pani/a
Studenta:

- studiów pierwszego stopnia
- studiów drugiego stopnia
- studiów zawodowych

na kierunku pielęgniarstwo Wydziału Opieki Zdrowotnej Wyższej Szkoły Nauk Stosowanych w Rudzie na praktykę w zakresie

.....
(rodzaj praktyki)

w miesiącu/ach

2. Oświadczam, że jednostki organizacyjne (oddziały) podmiotu leczniczego spełniają *Kryteria doboru podmiotów leczniczych, jako miejsc odbywania praktyk* określone przez uczelnię:

- rodzaj i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oddziału (jednostki) jest tożsamy z programem *Praktyki*,
- kadra pielęgniarska, której powierzone zostanie prowadzenie praktyki legitymuje się kwalifikacjami zawodowymi stosownymi do zakresu *Praktyki*,
- wielkość oddziału (jednostki) odbywania *Praktyki* umożliwia odbywanie praktyk w grupie, co najmniej studentów jednocześnie,
- oddział (jednostka) odbywania *Praktyki* dysponuje wyposażeniem umożliwiającym nabywanie umiejętności określonych programem praktyki,
- organizacja pracy i wyposażenie stanowisk pracy oddziału (jednostki) zabezpiecza ochronę przed zakażeniem, urazem i wypadkiem,
- oddział (jednostka) wdraża programy zapewnienia jakości,
- oddział (jednostka) posiada warunki zabezpieczające organizację odbywania praktyk.

3. Potwierdzam wolę podpisania z Wydziałem Opieki Zdrowotnej Wyższej Szkoły Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej właściwej umowy.

4. Przyjmuję do wiadomości, że Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej nie ponosi z tytułu przyjęcia studenta na praktykę nie ponosi w stosunku do podmiotu leczniczego żadnych kosztów.

.....
(podpis osoby reprezentującej podmiot)