	<p>Zespół Opieki Zdrowotnej          SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Brodnicy          im. R.Czerwiakowskiego ul. Wiejska 9 87-300 Brodnica          tel 56 66 89 100 tel/fax. 56 66 89 101</p>	<p><b>PROCEDURA 101A</b></p>	<p>Strona: 1 z 2</p>
<p><b>Praktyki, zajęcia praktyczne bądź inna forma przeszkolenia          w ZOZ w Brodnicy</b></p>			<p>Obowiązuje:          14.03.2022r.</p>

### 1. CEL PROCEDURY


Ujednoczenie działań związanych z podjęciem praktyk, zajęć praktycznych bądź innej formy przeszkolenia w ZOZ w Brodnicy.

### 2. PRZEDMIOT PROCEDURY

Sposób postępowania w przypadku, zamiaru odbycia praktyk, zajęć praktycznych bądź innej formy przeszkolenia.

### 3. POSTĘPOWANIE

- 3.1. Wymaganiem podjęcia praktyk, zajęć praktycznych bądź innej formy przeszkolenia w ZOZ w Brodnicy jest złożenie w Sekretariacie Dyrektora podania, w formie pisemnej osobiście bądź za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: sekretariat@zozbrodnica.pl
- 3.2. Zgodnie ze wzorem podania na praktyki (*w załączeniu*), należy uzupełnić:
  - a) adres/ nr telefonu/ e-mail do kontaktu,
  - b) nazwa uczelni,
  - c) zakres praktyk,
  - d) jednostka dedykowana na praktyki,
  - e) ilość godzin,
- 3.3. Zgodę na praktyki, zajęcia praktyczne bądź inną formę przeszkolenia podejmuje Dyrektor.
- 3.4. Czas oczekiwania na pisemną decyzję Dyrektora 7 dni.
- 3.5. W przypadku odmownej decyzji Dyrektora, osoba wnosząca otrzymuje pisemną informację na adres zaznaczony w podaniu.
- 3.6. Po otrzymaniu pisemnej zgody Dyrektora na realizację praktyk bądź zajęć praktycznych bądź innej formy przeszkolenia, praktykant zobowiązany jest dostarczyć, kopię wymienionej dokumentacji:
  - a) porozumienie bądź umowa z uczelnią bądź szkołą w sprawie realizacji praktyk studenckich,
  - b) orzeczenie bądź zaświadczenie lekarza uprawnionego do przeprowadzania badań profilaktycznych o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia praktyk bądź zajęć praktycznych, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia bądź choroby zakaźnej (*kopia*),
  - c) orzeczenie bądź zaświadczenie lekarza uprawnionego do przeprowadzania badań profilaktycznych, o zdolności do wykonywania czynności praktycznych na dedykowanym stanowisku (*kopia*),
  - d) zaświadczenie bądź wpis w książeczce zdrowia o przebytych szczepieniach p./WZW typu B (*kopia*),
  - e) certyfikat o przebytych szczepieniach przeciwko COVID-19 (*kopia*),
  - f) dokument poświadczający ubezpieczenie OC oraz od następstw nieszczęśliwych wypadków (*kopia*).

	Zespół Opieki Zdrowotnej SP Zakład Opieki Zdrowotnej w Brodnicy im. R.Czerwiakowskiego ul. Wiejska 9 87-300 Brodnica tel 56 66 89 100 tel/fax. 56 66 89 101	<b>PROCEDURA 101A</b>	Strona: 2 z 2
	<b>Praktyki, zajęcia praktyczne bądź inna forma przeszkolenia w ZOZ w Brodnicy</b>		Obowiązuje: 14.03.2022r.

- 3.7. Dokumentację należy dostarczyć do Przełożonej Pielęgniarki bądź pozostawić w Sekretariacie Dyrektora.
- 3.8. Kopię pisma adresowanego do studenta, otrzymuje Koordynator/ Oddziałowa/ Kierownik jednostki dedykowanej na praktyki, zajęcia praktyczne bądź innej formy przeszkolenia.
- 3.9. Po analizie przedstawionej dokumentacji, otrzymaniu zgody na podjęcie praktyk, zajęć praktycznych bądź innej formy przeszkolenia, student podejmuje praktykę w ustalonej jednostce Szpitala.
- 3.10. Osoba podejmująca praktykę bądź zajęcia praktyczne bądź inną formę przeszkolenia, zobowiązana jest posiadać własną odzież oraz obuwie zamienne.
- 3.11. Za stan sanitarny odzieży i obuwia odpowiada praktykant we własnym zakresie.
- 3.12. Z chwilą podjęcia praktyk bądź zajęć praktycznych bądź innej formy przeszkolenia, praktykant otrzymuje wkład do identyfikatora o treści zgodnie z zakresem praktyk.

#### 4. ODPOWIEDZALNOŚĆ I NADZÓR

- 4.1. Za nadzór nad realizacją procedury odpowiada Przełożona Pielęgniarka i Asystentka Dyrektora.

<b>ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b> pieczęć, adres 87-300 Brodnica, ul. Wiejska 9 REGON 000302327 NIP 8741484403	data 2022 -03- 14	Opracował <b>PRZEŁOŻONA PIELEŃNIARKA</b> pieczęć, podpis mgr Agnieszka Linda 39-02357 P
	data 2022 -03- 15	Zatwierdził pieczęć, podpis

Asystentka  
 Zespołu Opieki Zdrowotnej  
 w Brodnicy (2)  
 Danuta Kozłowska

Brodnica, dn. ....

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*adres do korespondencji*

.....  
*c.d. adres do korespondencji*

.....  
*nr telefonu*

.....  
*e-mail*

**Dyrektor  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
SP Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Brodnicy**

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyk studenckich w Zespole Opieki  
Zdrowotnej SP Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Brodnicy, w dziedzinie<sup>1</sup> .....

..... w Oddziale<sup>2</sup> .....

w wymiarze godzin<sup>3</sup>: ..... lekcyjnych/ zegarowych<sup>5</sup>.

Jestem studentką<sup>4</sup> .....

..... roku .....

.....  
*czytelny podpis*

#### Wyjaśnienia

- 
- <sup>1</sup> Proszę wpisać zakres praktyk, np. lekarskie, pielęgniarskie, położnicze, ratownika medycznego, dietetyka, technika radiologia, ...
  - <sup>2</sup> Proszę wpisać jednostkę organizacyjną ZOZ SP ZOZ w Brodnicy, na praktyki.
  - <sup>3</sup> Ilość godzin praktyk.
  - <sup>4</sup> Nazwa uczelni.
  - <sup>5</sup> Zaznacz jakich godziny