**Załącznik D**

(Wzór)

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Chełmie

ul. Pocztowa 54

22-100 Chełm

Instytut Nauk Medycznych

Praktykant:/-ka *………………….……………………………………………..….…….*Nr albumu.: *……………….*   
Rok akademicki: *20..…/20..*

Miejsce praktyki *(pełna nazwa podmiotu leczniczego):*

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Termin realizacji praktyki: …………………………………………………………

Szpitalny Opiekun Ponadprogramowych Praktyk Studenckich ……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….

Uczelniany Opiekun Ponadprogramowych Praktyk Studenckich ……………………………………………………………………………….

**SZCZEGÓŁOWY HARMONOGRAM   
PONADPROGRAMOWEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | (Miejsce realizacji praktyki – pełna nazwa podmiotu leczniczego) | | Planowana liczba  dni /godzin rozliczeniowych |
| Część 1/2 – po 2 semestrze nauki na kierunku Pielęgniarstwo | | | |
| 1. |  | | 40/320 h |
| 2. |  | |
| Część 2/2 – po 4 semestrze nauki na kierunku Pielęgniarstwo | | | |
| 1. |  | | 60/480 h |
| 2. |  | |
| Uzgodniono w dniu: | | Łącznie | 100 dni /800 godzin |
| Wymagana | 100 dni /800 godzin |

Szpitalny Opiekun Ponadprogramowych Praktyk Studenckich:

……………………………………….

*(Czytelny Podpis)*

……………………………………….

*(Czytelny Podpis)*

……………………………………….

*(Czytelny Podpis)*

Uczelniany Opiekun Ponadprogramowych Praktyk Studenckich

……………………………………….

*(Czytelny Podpis)*

Praktykant: ………………………………………………………

*(Czytelny Podpis)*