



....., data

SKIEROWANIE NR.....

CZĘŚĆ I – WYPEŁNIA SZKOŁA/UCZELNIA

Imię i nazwisko:

Dane kontaktowe:

Uczelnia:

Kierunek:

Rok studiów:

Komórka organizacyjna:

Termin praktyk: Liczba godzin:

Dodatkowe uwagi:

Szkoła/Uczelnia kieruje w/w ucznia/studenta na praktyki w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy zgodnie z porozumieniem z dnia

Skierowanie jest ważne od dnia wystawienia przez Szkołę/Uczelnię do



Pieczęć szkoły/uczelnii kierującej

CZĘŚĆ II – WYPEŁNIA KIEROWNIK KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ/PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA

Kierownicy komórek organizacyjnych nie przyjmują podań bez w/w skierowania

Pieczęć komórki organizacyjnej	Data i Podpis kierownika/pielęgniarki oddziałowej
--------------------------------	---

Na opiekuna praktyk wyznaczam:

CZĘŚĆ III – WYPEŁNIA DYREKTOR PIONU

Wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody



Pieczęć Dyrektora Pionu

Potwierdzeniem możliwości oraz braku przeciwwskazań do realizacji praktyk jest kompletnie wypełnione skierowanie.

Potwierdzam spełnienie warunków formalnych do realizacji praktyki

.....
Data i podpis pracownika Działu NHR