



....., data .....

## SKIEROWANIE NR.....

### CZĘŚĆ I – WYPEŁNIA SZKOŁA/UCZELNIA

Imię i nazwisko: .....

Dane kontaktowe: .....

Uczelnia: .....

Kierunek: .....

Rok studiów: .....

Komórka organizacyjna: .....

Termin praktyk: ..... Liczba godz./dni: .....

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 .....**

Podpis osoby reprezentującej Uczelnię (Dziekana)

Pieczęć szkoły/uczelni 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