Katedra Opieki Paliatywnej CM UMK

**INDYWIDUALNA KARTA STUDENTA REALIZACJI ZAJĘĆ Z PRZEDMIOTU**

***OPIEKA PALIATYWNA - PIELĘGNIARSTWO, STUDIA STACJONARNE, I°***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nazwisko i imię studenta*** | ***grupa*** | ***Nr albumu*** |
|  |  |  |

***Oświadczam, iż znane mi są zasady postępowania po ekspozycji zawodowej na materiał biologiczny potencjalnie zakaźny, zgodnie z Zarządzeniem nr 168 Rektora UMK, z dnia 19 sierpnia 2014 r.***

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami realizacji zajęć klinicznych w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy oraz przepisami BHP.**

*…………………………………………..*

*podpis studenta*

***ZAJĘCIA PRAKTYCZNE***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | *PIECZĄTKA I PODPIS PROWADZĄCEGO* | *UWAGI* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***PRAKTYKA ZAWODOWA***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATA | *PIECZĄTKA I PODPIS PROWADZĄCEGO* | DATA | *PIECZĄTKA I PODPIS PROWADZĄCEGO* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |