*Załącznik nr 1*

*do uchwały nr 82/2024 Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu z dnia 14 maja 2024 r.*

*Załącznik nr 1*

*do uchwały nr 19/2024 Rady Dziekańskiej Wydziału Nauk o Zdrowiu z dnia 14 maja 2024 r.*

**UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU**

**COLLEGIUM MEDICUM IM. LUDWIKA RYDYGIERA   
W BYDGOSZCZY**

**WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

**KIERUNEK ZDROWIE PUBLICZNE**

**studia drugiego stopnia (stacjonarne)**

# DZIENNIK PRAKTYK STUDENCKICH

**Imię i nazwisko studenta** ……………………...……………………………

**Grupa** …………...

**Nr albumu** ………

**REGULAMIN PRAKTYK ZAWODOWYCH**

STUDIA STACJONARNE DRUGIEGO STOPNIA

ZDROWIE PUBLICZNE

WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

COLLEGIUM MEDICUM IM. LUDWIKA RYDYGIERA W BYDGOSZCZY

UNIWERSYTETU MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU

1. Regulamin praktyk określa prawa i obowiązki studenta podczas odbywania praktyk zawodowych w jednostkach medycznych oraz warunki zaliczenia.
2. Celem odbywania praktyk zawodowych jest nabycie umiejętności niezbędnych do bezpiecznego i prawidłowego wykonywania zawodu.
3. **Łączny czas trwania praktyk zawodowych wynosi 60 godzin.**
4. Student **wybiera jeden** z zaproponowanych działów Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy. Wybór działów został dokonany na podstawie analizy możliwości osiągnięcia efektów kształcenia przewidzianych do zrealizowania w ramach praktyk na kierunku Zdrowie Publiczne.
5. Student może zaliczyć praktykę na podstawie wykonywanej przez studenta pracy lub innej działalności o charakterze spełniającym wymagania programu praktyk po zaakceptowaniu przez koordynatora praktyk.
6. Student zobowiązany jest wypełniać dziennik praktyk studenckich.
7. Po każdym roku akademickim student ma obowiązek przedłożyć potwierdzenie z dziennika, praktyk koordynatorowi praktyk w celu jego ostatecznej akceptacji do **dnia 10 października.**
8. Jedynie obowiązującym dziennikiem praktyk jest dziennik na dany rok akademicki, zamieszczony na stronie internetowej Wydziału Nauk o Zdrowiu. W razie zagubienia dziennika praktyk student jest zobowiązany do uzupełnienia wszystkich wpisów w duplikacie. Wszystkie różnice powinny być wyrównane zgodnie z obowiązującym dziennikiem.
9. Wpis do dziennika praktyk dokonuje osoba odpowiedzialna za praktyki po zrealizowaniu wszystkich regulaminowych zadań, wszelkie wątpliwości należy zgłaszać do koordynatora praktyk. Ostatecznego zaliczenia praktyk dokonuje w dzienniku praktyk koordynator praktyk po zatwierdzeniu przez opiekuna praktyk.
10. Podstawą zaliczenia praktyk jest obecność na zajęciach zgodnie z planem praktyk. W przypadku usprawiedliwionej nieobecności student musi odrobić brakujące godziny praktyk po uzgodnieniu z opiekunem praktyki jednostki.
11. Student ma prawo do:
12. przejawiania własnej aktywności w zdobywaniu wiedzy i umiejętności,
13. uzyskiwania wyjaśnień i odpowiedzi w przypadku wątpliwości dotyczących treści nauczania,
14. efektywnego współdziałania w organizacji procesu kształcenia,
15. jawnej oceny stanu swojej wiedzy,
16. poszanowania godności osobistej.
17. Student zobowiązany jest do
18. punktualnego uczęszczania na zajęcia zgodnie z planem praktyk zawodowych,
19. poszanowania godności osobistej pacjentów i współpracowników,
20. wykonywania zadań ujętych przez program praktyk pod nadzorem osoby prowadzącej zajęcia,
21. dbania o mienie danej jednostki medycznej, przestrzegania zasad ochrony i przepisów bhp,
22. zabezpieczenia informacji i danych przed niepowołanym dostępem, nieuzasadnionym użyciem lub zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem,
23. postępowania zgodnego z zasadami etyki,
24. przestrzegania regulaminów wewnętrznych jednostki medycznej, w której odbywana jest praktyka.

**Zapoznałam/em się z regulaminem praktyki:**

…………………………………………………

(podpis studenta)

**Koordynator praktyk na kierunku zdrowie publiczne:**

**Dr Agata Żaroń**

**Kontakt: Katedra Ekonomiki Zdrowia,**

**Ul. Sandomierska 16**

**tel. 525855408**

**agata.zaron@cm.umk.pl**

**PLAN PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**I rok praktyka wakacyjna (60 godzin):**

* Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy

**ROK I**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka wakacyjna:** Dział Aparatury Medycznej  **cele kształcenia:**  zapoznanie ze stanowiskiem pracy, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, poznanie schematu organizacyjnego, roli, zadań i uwarunkowań funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po II semestrze (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 60 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. zapoznanie się ze specyfikacją zakładu i organizacją pracy | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z instrukcjami stanowiskowymi | | |  |  |
| 1. zapoznanie się ze schematem organizacyjnym szpitala | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z rolą komórki organizacyjnej w systemie ochrony zdrowia | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z zadaniami realizowanymi przez Dział Aparatury Medycznej | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z uwarunkowaniami funkcjonowania Działu Aparatury Medycznej | | |  |  |
| 1. planowanie i realizowanie zadań zleconych przez opiekuna praktyk na stanowisku pracy | | |  |  |
| 1. praktyczne realizowanie zadań w ramach poznawanego stanowiska | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK I**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka wakacyjna:** Dział Sprzedaży Usług Medycznych  **cele kształcenia:**  zapoznanie ze stanowiskiem pracy, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, poznanie schematu organizacyjnego, roli, zadań i uwarunkowań funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po II semestrze (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 60 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. zapoznanie się ze specyfikacją zakładu i organizacją pracy | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z instrukcjami stanowiskowymi | | |  |  |
| 1. zapoznanie się ze schematem organizacyjnym szpitala | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z rolą komórki organizacyjnej w systemie ochrony zdrowia | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z zadaniami realizowanymi przez Dział Sprzedaży Usług Medycznych | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z uwarunkowaniami funkcjonowania Sprzedaży Usług Medycznych | | |  |  |
| 1. planowanie i realizowanie zadań zleconych przez opiekuna praktyk na stanowisku pracy | | |  |  |
| 1. praktyczne realizowanie zadań w ramach poznawanego stanowiska | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK I**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka wakacyjna:** Samodzielna Sekcja Kontrolingu Finansowego  **cele kształcenia:**  zapoznanie ze stanowiskiem pracy, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, poznanie schematu organizacyjnego, roli, zadań i uwarunkowań funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po II semestrze (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 60 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. zapoznanie się ze specyfikacją zakładu i organizacją pracy | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z instrukcjami stanowiskowymi | | |  |  |
| 1. zapoznanie się ze schematem organizacyjnym szpitala | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z rolą komórki organizacyjnej w systemie ochrony zdrowia | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z zadaniami realizowanymi przez Samodzielną Sekcję Kontrolingu Finansowego | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z uwarunkowaniami funkcjonowania Samodzielnej Sekcji Kontrolingu Finansowego | | |  |  |
| 1. planowanie i realizowanie zadań zleconych przez opiekuna praktyk na stanowisku pracy | | |  |  |
| 1. praktyczne realizowanie zadań w ramach poznawanego stanowiska | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK I**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka wakacyjna:** Dział Organizacji i Nadzoru  **cele kształcenia:**  zapoznanie ze stanowiskiem pracy, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, poznanie schematu organizacyjnego, roli, zadań i uwarunkowań funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po II semestrze (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 60 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. zapoznanie się ze specyfikacją zakładu i organizacją pracy | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z instrukcjami stanowiskowymi | | |  |  |
| 1. zapoznanie się ze schematem organizacyjnym szpitala | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z rolą komórki organizacyjnej w systemie ochrony zdrowia | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z zadaniami realizowanymi przez Dział Organizacji i Nadzoru | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z uwarunkowaniami funkcjonowania Działu Organizacji i Nadzoru | | |  |  |
| 1. planowanie i realizowanie zadań zleconych przez opiekuna praktyk na stanowisku pracy | | |  |  |
| 1. praktyczne realizowanie zadań w ramach poznawanego stanowiska | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK I**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka wakacyjna:** Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi  **cele kształcenia:**  zapoznanie ze stanowiskiem pracy, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, poznanie schematu organizacyjnego, roli, zadań i uwarunkowań funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po II semestrze (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 60 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. zapoznanie się ze specyfikacją zakładu i organizacją pracy | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z instrukcjami stanowiskowymi | | |  |  |
| 1. zapoznanie się ze schematem organizacyjnym szpitala | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z rolą komórki organizacyjnej w systemie ochrony zdrowia | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z zadaniami realizowanymi przez Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z uwarunkowaniami funkcjonowania Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi | | |  |  |
| 1. planowanie i realizowanie zadań zleconych przez opiekuna praktyk na stanowisku pracy | | |  |  |
| 1. praktyczne realizowanie zadań w ramach poznawanego stanowiska | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK I**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka wakacyjna:** Dział Logistyki i Zamówień Publicznych  **cele kształcenia:**  zapoznanie ze stanowiskiem pracy, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, poznanie schematu organizacyjnego, roli, zadań i uwarunkowań funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po II semestrze (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 60 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. zapoznanie się ze specyfikacją zakładu i organizacją pracy | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z instrukcjami stanowiskowymi | | |  |  |
| 1. zapoznanie się ze schematem organizacyjnym szpitala | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z rolą komórki organizacyjnej w systemie ochrony zdrowia | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z zadaniami realizowanymi przez Dział Logistyki i Zamówień Publicznych | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z uwarunkowaniami funkcjonowania Działu Logistyki i Zamówień Publicznych | | |  |  |
| 1. planowanie i realizowanie zadań zleconych przez opiekuna praktyk na stanowisku pracy | | |  |  |
| 1. praktyczne realizowanie zadań w ramach poznawanego stanowiska | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy

**ROK I**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES PRAKTYKI** | | **praktyka wakacyjna:** Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości  **cele kształcenia:**  zapoznanie ze stanowiskiem pracy, wykształcenie umiejętności pracy w zespole, poznanie schematu organizacyjnego, roli, zadań i uwarunkowań funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia | | |
| **MIEJSCE PRAKTYKI** | | ………………………………………………………………………………………..  (pieczęć jednostki, w której praktyka została zrealizowana) | | |
| **CZAS TRWANIA** | | po II semestrze (praktyka wakacyjna) | | |
| **ILOŚĆ GODZIN** | | 60 | | |
| ZAKRES CZYNNOŚCI I WYKAZ NABYTYCH UMIEJĘTNOŚCI: | | | **DATA** | **PODPIS** |
| 1. zapoznanie się ze specyfikacją zakładu i organizacją pracy | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z instrukcjami stanowiskowymi | | |  |  |
| 1. zapoznanie się ze schematem organizacyjnym szpitala | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z rolą komórki organizacyjnej w systemie ochrony zdrowia | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z zadaniami realizowanymi przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości | | |  |  |
| 1. zapoznanie się z uwarunkowaniami funkcjonowania Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości | | |  |  |
| 1. planowanie i realizowanie zadań zleconych przez opiekuna praktyk na stanowisku pracy | | |  |  |
| 1. praktyczne realizowanie zadań w ramach poznawanego stanowiska | | |  |  |
| **DATA** | ………………………………………………………………………………….  (podpis i pieczęć imienna opiekuna praktyki z jednostki organizacyjnej, w której praktyka była realizowana) | | | |

**Szczególne osiągnięcia studenta:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyki zatwierdził:**

………….. ………………………………………………………………………

data podpis i pieczęć imienna

Wydziałowego Koordynatora praktyk – CM w Bydgoszczy