



Warszawa, dnia

Imię i nazwisko studenta:

Nr albumu:

Kierunek: Pielęgniarstwo pomostowe

Studia: niestacjonarne, pierwszego stopnia

Rok studiów:, semestr:

Pani
dr hab. Joanna Jasińska, prof. WUMed
Prorektor ds. dydaktycznych i rozwoju
Warszawska Uczelnia Medyczna

Proszę o zwolnienie z obowiązku odbycia praktyki i zaliczenie praktyki w ramach wykonywanych czynności w pracy zawodowej.

Jestem zatrudniona/y w:

stanowisko:

Potwierdzam osiągnięcie n/w efektów, co jest udokumentowane w sprawozdaniu z osiągniętych efektów uczenia się.

Praktyka zawodowa w zakresie Promocja zdrowia - 25 h

C.U28. ocenia potencjał zdrowotny pacjenta i jego rodziny z wykorzystaniem skal, siatek i pomiarów;

C.U29. rozpoznaje uwarunkowania zachowań zdrowotnych pacjenta i czynniki ryzyka chorób wynikających ze stylu życia

C.U30. dobiera metody i formy profilaktyki i prewencji chorób oraz kształtuje zachowania zdrowotne różnych grup społecznych

C.U31 uczy pacjenta samokontroli stanu zdrowia

C.U 32 opracowuje i wdraża indywidualne programy promocji zdrowia pacjentów, rodzin i grup społecznych

D.K1. szanuje godność i autonomię osób powierzonych opiece

D.K2. systematycznie wzbogaca wiedzę zawodową i kształtuje umiejętności, dążąc do profesjonalizmu;

D.K3. przestrzega wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece

D.K4. wykazuje odpowiedzialność moralną za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych;

D.K5. przestrzega praw pacjenta

D.K6. rzetelnie i dokładnie wykonuje powierzone obowiązki zawodowe

D.K7. dostrzega i rozpoznaje własne ograniczenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonuje samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych

D.K8. współdziała w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej;

D.K9. jest otwarty na rozwój podmiotowości własnej i pacjenta

D.K10. przejawia empatię w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami

.....

(imię i nazwisko studenta)

W załączeniu:

1. Zaświadczenie o zatrudnieniu (**potwierdzone przez pracodawcę**).
2. Zakres obowiązków (**potwierdzony przez pracodawcę**).
3. Sprawozdanie z osiągniętych efektów .

OPINIA KOORDYNATORA PRAKTYK

Po dokonaniu analizy zgodności zadań, na podstawie przedłożonych dokumentów, realizowanych podczas wykonywania czynności zawodowych z zadaniami określonymi w programie praktyk, stwierdzam iż:

1. Student osiągnął wszystkie wymagane efekty kształcenia: zwalnim z całości praktyki,
2. Student nie osiągnął żadnego z wymaganych efektów kształcenia: nie zwalnim z obowiązku odbycia praktyki. Student jest zobowiązany zrealizować całość praktyki w wybranym zakładzie pracy; może/nie może* być to macierzysty zakład pracy studenta,
3. Student osiągnął efekty z obszaru:

wiedzy*

.....

umiejętności praktycznych*

.....

kompetencji społecznych*

.....

Zwalnim z godzin praktyki i wyznaczam do realizacji praktyki godziny, aby osiągnąć wymagany efekt kształcenia z obszaru:

* *niepotrzebne skreślić*

Data:.....

.....
(podpis i pieczęć Koordynatora praktyk)

DECYZJA PROREKTORA DS. DYDAKTYCZNYCH I ROZWOJU

.....

Data:.....

.....
(podpis i pieczęć Prorektora ds. dydaktycznych i rozwoju)

3. KOMPETENCJE SPOŁECZNE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Imię i nazwisko studenta:

Nr albumu

Po dokonaniu analizy treści sprawozdania wyznaczam warunki dodatkowe do zaliczenia praktyki i sprawozdania:

.....

.....

.....

.....

.....

Ocena za sprawozdanie:.....

.....
(podpis i pieczęć Koordynatora praktyk)