

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....
(miejsce i data)

OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu:

.....
(nazwa podmiotu leczniczego)

Potwierdzam wolę przyjęcia studenta kierunku lekarskiego Uniwersytetu
Opolskiego

.....
(imię i nazwisko studenta)

na praktykę w zakresie
(nazwa praktyki)

w terminie od dnia dnia

1. Oświadczam, że jednostki organizacyjne (oddziały) podmiotu leczniczego spełniają *Kryteria doboru podmiotów leczniczych, jako miejsc odbywania praktyk* określone przez Uniwersytet Opolski załącznikiem nr 2 do Procedury odbywania i dokumentowania praktyk wakacyjnych na kierunku lekarskim Symbol SDJK-WL-01:
 - rodzaj i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oddziału (jednostki) jest tożsamy z programem *Praktyki*,
 - kadra lekarska, której powierzone zostanie prowadzenie praktyki legitymuje się kwalifikacjami zawodowymi stosownymi do zakresu *Praktyki*,
 - wielkość oddziału (jednostki) odbywania *Praktyki* umożliwia odbywanie praktyk indywidualnie lub w grupie,
 - oddział (jednostka) odbywania *Praktyki* dysponuje wyposażeniem umożliwiającym nabywanie umiejętności określonych programem praktyki,
 - organizacja pracy i wyposażenie stanowisk pracy oddziału (jednostki) zabezpiecza ochronę przed zakażeniem, urazem i wypadkiem,
 - oddział (jednostka) wdraża programy zapewnienia jakości,
 - oddział (jednostka) posiada warunki zabezpieczające organizację odbywania praktyk.
2. Potwierdzam wolę podpisania z Uniwersytetem Opolskim właściwej umowy.
3. Przyjmuję do wiadomości, że Uniwersytet Opolski z tytułu przyjęcia studentów na praktykę nie ponosi w stosunku do podmiotu leczniczego żadnych kosztów.

.....
(podpis)