**OBOWIĄZUJE OD 01.03.3024r**

**Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacji Studenckich Praktyk Zawodowych , praktycznej zawodu i szkolenia praktycznego w SP ZOZ w Myszkowie**

**CENNIK ORAZ ZASADY WNOSZENIA OPŁAT**

1. Dla podmiotów prowadzących kształcenie lub osób zgłaszających się indywidualnie , w ramach studenckich praktyk zawodowych , praktycznej nauki zawodu i szkolenia praktycznego ustala się cenę za kształcenie jednej osoby w wysokości ;
	1. 25,00 zł brutto za jeden dzień szkolenia jednej osoby
	2. 30,00 zł brutto kosztów organizacji praktyk płatnych jednorazowo
2. Opłata za studenckie praktyki zawodowe, praktyczną naukę zawodu i szkolenie praktyczne pobierana jest w następujący sposób :
	1. W przypadku osób zgłaszających się indywidualnie , na podstawie decyzji Dyrektora lub umowy , bezpośrednio od osoby zainteresowanej . Opłatę można dokonać :
* gotówką w kasie Szpitala
* Przelewem na rachunek bankowy Szpitala

**44 1240 4272 1111 0010 8680 1400**

* 1. W przypadku podmiotów prowadzących kształcenie kierujących osobę zainteresowaną , na zasadach określonych w umowie zawartej pomiędzy Szpitalem a podmiotem prowadzącym kształcenie.
1. Potwierdzenie wniesienia opłaty należy przedstawić w Dziale Kadr przed rozpoczęciem szkoleń, o których mowa w §2 ust 6 b niniejszego Regulaminu. Przedstawienie przez studenta /praktykanta potwierdzenia wniesienia opłaty stanowi warunek przekazania karty szkoleń stanowiącej załącznik nr 4 do regulaminu

**OBOWIŻUJE OD 01.03.2024r**

**Załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacji**

**Studenckich Praktyk Zawodowych, Praktycznej nauki zawodu i Szkolenia praktycznego w SP ZOZ W Myszkowie**

**Formularz zgłoszenia na studencką praktykę zawodową praktyczną naukę zawodu**

**i szkolenie praktyczne w SP ZOZ w Myszkowie**

Wypełnia wnioskodawca:

Imię i nazwisko …………………………..……………………………………………………………………………..

Adres do korespondencji ……………………………………………………………………………………………………………

Telefon, E-mail …………………………………….…………………………………………………………………….

Nazwa Uczelni ………………………………………….…………………………………...........................................

Wydział, kierunek, rok/semestr studiów ……………………………………….…………………………………………………………………...

Zakres praktyk …………………………………………………...………………………………………………………

Komórka organizacyjna w której student będzie realizował praktykę

……………………………………………………..……………………………………………………

Termin praktyki ……………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem organizacji studenckich praktyk zawodowych, praktycznej nauki zawodu i szkolenia praktycznego w SP ZOZ w Myszkowie**

………………………………………………………

data i podpis studenta/praktykanta

Wypełnia kierownik komórki organizacyjnej:

Potwierdzam możliwości przyjęcia studenta na praktykę w terminie: ……………..................................................................................................................................

Wyznaczam na opiekuna: (podać: nazwisko, imię) …..………………………………………………………………………………………………………

…..………………………………………….

data i podpis ordynatora/ kierownika

 komórki organizacyjnej/pielęgniarki

oddziałowej

Wypełnia Dział Kadr

Wyliczenie opłaty ( 25,00 zł x ilość dni + 30,00 zł kosztów organizacyjnych )

**……………………………………………………………………………………………………….**

Decyzja Dyrektora

Na podstawie § 2 ust 4 Regulaminu organizacji studenckich praktyk zawodowych, praktycznej nauki zawodu i szkolenia praktycznego w SP ZOZ w Myszkowie wydaję decyzję nr. …………………….. o zgodzie na odbycie studenckich praktyk

zawodowych/ praktycznej nauki zawodu /szkolenia praktycznego w uzgodnionym miejscu i terminie.

….………………………………………….

podpis Dyrektora lub

osoby wyznaczonej