***Załącznik nr 3***

*do Regulaminu przedmiotu „Practice rotation”*

*– porozumienie o odbycie praktyk w jednostce*

*Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

**POROZUMIENIE**

**w sprawie organizacji praktyk w ramach przedmiotu „Practice rotation”**

**w Jednostkach, które wchodzą w struktury Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

zawarte w dniu ……………………………... w Łodzi, pomiędzy:

**Oddziałem Nauk Biomedycznych, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi**,  
 z siedzibą w Łodzi, przy ul Żeligowskiego 7/9,

reprezentowanym przez

**Prodziekana Wydziału Lekarskiego ds. Kształcenia i Kierunku Biotechnologia Kierownika Oddziału Nauk Biomedycznych – prof. dr. hab. n. med. Andrzeja K. Bednarka**,

zwanym dalej „ONB”,

a

........................................................................................................................................................................................................

*(nazwa Jednostki Uniwersytetu Medycznego)*

adres:……………………………………………………………………………………………… zwaną dalej **„Jednostką”**,

reprezentowaną przez:

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

*(imię i nazwisko – kierownika)*

a

Panem/Panią**……………………………………………………………………………….………….**, zamieszkałym/-łą w ..……………………………………..…….……..., przy ul. ………………………………………………….…………………….., kod pocztowy: …………….………, legitymującym/-cą się dowodem osobistym seria   
i nr ………………………………….., PESEL: …..…………………………….…, zwanym dalej **„Studentem”**,

zwanymi dalej **„Stroną”** lub łącznie **„Stronami”.**

**§ 1**

1. ONB kieruje do odbycia w Jednostce praktyki studenckiej w okresie   
   od …………….………………….. do …………………….…..*…*, Praktykanta – studenta ….. roku stacjonarnych studiów II stopnia na Wydziale Lekarskim, Oddział Nauk Biomedycznych na kierunku biotechnologia.
2. Wymiar wykonywania przez Praktykanta zadań w ramach praktyki studenckiej wyniesie nie więcej niż **40 godzin tygodniowo**, od poniedziałku do piątku w godzinach pracy Jednostki.
3. Okres praktyk studenckich w Instytucji musi obejmować **300 godzin dydaktycznych (225 godzin zegarowych)** z czego **50% godzin** musi być zrealizowane w postaci bezpośredniego kontaktu.

**§ 2**

Jednostka zobowiązuje się do:

1. udzielenia Praktykantowi informacji o zakresie obowiązków oraz zasadach i procedurach obowiązujących w Jednostce, w szczególności wynikających z Regulaminu pracy oraz Regulaminu bezpieczeństwa informacji przetwarzanych w systemach informatycznych,
2. przygotowania stanowiska pracy Praktykantowi;
3. monitorowania wykonywania przez Praktykanta zadań wynikających z programu praktyki studenckiej stanowiącego **załącznik nr 1** do niniejszego porozumienia
4. zapewnienia przeszkolenia Praktykanta w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP);
5. wystawienia Praktykantowi zaświadczenia odbycia praktyki studenckiej po jej zakończeniu w formie Dziennika praktyk stanowiącego **załącznik nr 2** do niniejszego porozumienia

**§ 3**

ONB zobowiązuje się do:

1. zapoznania Praktykanta z programem praktyki studenckiej;
2. sprawowania nadzoru dydaktycznego nad praktyką studencką;

**§ 4**

Praktykant zobowiązuje się w szczególności do:

1. przestrzegania regulaminu organizacyjnego Instytucji, regulaminu komórki organizacyjnej, w której odbywa praktykę studencką, oraz zasad BHP i regulaminu pracy obowiązującego w Jednostce, co potwierdza pisemnie **załącznik nr 3**
2. rzetelnego wykonywania zadań wynikających z programu praktyki studenckiej oraz zadań zleconych przez opiekuna praktyki studenckiej;
3. godnego reprezentowania Uczelni swoją postawą i zachowaniem;
4. uzupełniania na bieżąco Dziennika praktyk
5. zachowania w tajemnicy informacji, które uzyskał w trakcie trwania praktyki, a które nie zostały przekazane do publicznej wiadomości;
6. zachowania w tajemnicy wszystkich danych osobowych w przypadku dostępu do nich oraz sposobów ich przetwarzania, także po wygaśnięciu niniejszej umowy;
7. posiadania aktualnych badań lekarskich oraz opcjonalnie (nieobowiązkowo) ubezpieczenia się we własnym zakresie od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)   
   i odpowiedzialności cywilnej (OC); brak aktualnych badań lekarskich lub brak ubezpieczenia może stanowić podstawę do odmowy przyjęcia studenta na praktykę w jednostce przyjmującej;
8. o fakcie posiadania aktualnych badań lekarskich oraz ubezpieczeń student informuje Uniwersytet Medyczny poprzez złożenie w Dziekanacie Oddziału Nauk Biomedycznych oświadczenia stanowiącego **załącznik nr 4** do porozumienia.

*.*

**§ 5**

1. Praktyka studencka jest bezpłatna.
2. Praktykantowi nie przysługuje zwrot jakichkolwiek kosztów związanych z odbywaną praktyką studencką.
3. Praktyki odbywane w ramach staży wewnątrzuczelnianych nie są rozliczane jako godziny dydaktyczne wliczone w pensum Jednostki.

**§ 6**

1. W przypadku naruszenia przez Praktykanta obowiązków określonych w § 4 Jednostka może, po uprzednim zawiadomieniu Prodziekana ds. Kształcenia i Kierunku Biotechnologia Medyczna, nie dopuścić Praktykanta do kontynuowania praktyki studenckiej.
2. W przypadku nie dopuszczenia przez Jednostkę Praktykanta do kontynuowania praktyki studenckiej, porozumienie ulega rozwiązaniu z dniem otrzymania przez Prodziekana zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1.
3. Każda ze Stron może wypowiedzieć niniejsze porozumienie z tygodniowym okresem wypowiedzenia.

**§ 7**

Niniejsze porozumienie sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ONB:** | **JEDNOSTKA** | **STUDENT** |
| …………………………………………………….  *(imienna pieczęć i podpis osoby upoważnionej ze strony Uniwersytetu)* | ……………………………………………………  *(imienna pieczęć i podpis osoby upoważnionej ze strony Jednostki przyjmującej)* | …………………………………………………..  *(podpis Studenta)* |

***Załącznik nr 1***

*do Porozumienia w sprawie organizacji praktyk*

*w ramach przedmiotu „Practice rotation”*

*w Jednostkach które wchodzą w struktury*

*Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

**Imię i nazwisko studenta:**

**Numer albumu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot | **„Practice rotation”** |
| Forma realizacji przedmiotu | Outsider practice / inside practice |
| Miejsce realizacji przedmiotu  (nazwa firmy/ laboratorium) |  |
| Dane podmiotu, w którym realizowane są praktyki (adres) |  |
|  | |
| Szczegółowy plan praktyk (w punktach) | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

Potwierdzenie planu praktyk przez jednostkę przyjmującą …………………………………………

Decyzja „Rady Dydaktycznej”: Plan praktyk zatwierdzony/niezatwierdzony

Data:

UWAGI do planu praktyk:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Załącznik nr 2**

*do Porozumienia w sprawie organizacji praktyk*

*w ramach przedmiotu „Practice rotation”*

*w Jednostkach które wchodzą w struktury*

*Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………………………  Pieczęć Oddziału  **ODDZIAŁ NAUK BIOMEDYCZNYCH WYDZIAŁU LEKARSKIEGO**  **UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI** | | |
| **DZIENNIK PRAKTYK** | | |
| Imię i nazwisko studenta: ………………………………………………….  Kierunek **Biotechnologia, spec. Biotechnologia medyczna**  Stopień studiów**: II**  Rok studiów: **…..**  Rok akademicki: ……………  Nr albumu: …………………… | | |
| **PRZEBIEG PRAKTYKI**  (wpisuje opiekun praktyki z ramienia placówki, w której studenci odbywali praktykę) | | |
| Data rozpoczęcia praktyki |  | |
| Data zakończenia praktyki |  | |
| Liczba tygodni pracy |  | |
| Liczba godzin pracy |  | |
| Ocena wystawiana przez zakładowego  opiekuna praktyk (zakres od 2 do 5) |  | |
| ......................................................................  pieczęć zakładu pracy | | .........................................................................................  pieczęć i podpis opiekunka praktyki z zakładu pracy |
| **ZALICZENIE PRAKTYK**  (wpisuje organizator praktyk na uczelni) | | |
| Praktykę zawodową zalicza w dniu  ..................................................................... | | ...................................................................................  Pieczęć i podpis Prodziekana |

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa zakładu pracy

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jednostka organizacyjna

**KARTA TYGODNIOWA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| tydzień od……………………………..... 202… r. do ………………………………..202… r. | | | |
| dzień | godziny  pracy  od - do | Liczba godzin pracy | Wyszczególnienie wykonywanych zajęć.  Inne uwagi, obserwacje i wnioski praktykanta  co do wykonywanej pracy |
|  |  |  |  |

………………………………………

Pieczęć i podpis zakładowego opiekuna praktyk

**Załącznik nr 3**

*do Porozumienia w sprawie organizacji praktyk*

*w ramach przedmiotu „Practice rotation”*

*w Jednostkach które wchodzą w struktury*

*Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

Łódź, dnia ………………………………..……

………………………………. ……………………………….

imię i nazwisko Praktykanta

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zostałem zapoznany z obowiązującym w ……………………………………………….…. (nazwa Instytucji) Regulaminem organizacyjnym, Regulaminem pracy, Regulaminem bezpieczeństwa informacji przetwarzanych w systemach teleinformatycznych, Regulaminem komórki organizacyjnej, w której odbędę praktykę studencką oraz przepisami bezpieczeństwa   
i higieny pracy, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

**.................................................**

*podpis Praktykanta*

**Załącznik nr 4**

*do* *Porozumienia w sprawie organizacji praktyk*

*w ramach przedmiotu „Practice rotation”*

*w Jednostkach które wchodzą w struktury*

*Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

**Oświadczenie Studenta o posiadanych ubezpieczeniach**

Ja, ……………………………………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko, PESEL)*

oświadczam, iż

1. Posiadam/nie posiadam\* aktualnego badania lekarskie stwierdzające moją zdolność do bycia Studentem
2. Wykupiłem (-am)/ nie wykupiłem (-am)\* we własnym zakresie ubezpieczenia od Odpowiedzialności Cywilnej (OC)
3. Wykupiłem (-am)/ nie wykupiłem (-am)\* we własnym zakresie ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (NNW)

o których mowa w paragrafie 4 pkt.7

Ponadto, poświadczam, iż jestem świadomy (-a), że brak posiadania powyższych zaświadczeń/ubezpieczeń może skutkować niedopuszczeniem mnie do realizacji praktyk w ramach przedmiotu „Practice rotation”

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

*(data) (podpis Studenta)*

*\* niewłaściwe skreślić*