

Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach

**Regulamin
Studenckich Praktyk Zawodowych
Śląskiej Wyższej Szkoły Medycznej w Katowicach**



Studenckie praktyki zawodowe, przewidziane w programach studiów, pełnią ważną funkcję w procesie przygotowania zawodowego. Praktyka powinna odbywać się na stanowiskach, na których w przyszłości będzie pracował absolwent.

ROZDZIAŁ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

1. Praktyki zawodowe stanowią część programu studiów i podlegają obowiązkowemu zaliczeniu. Praktyki są tematycznie bezpośrednio powiązane z realizowanymi modułami przygotowującymi do wykonywania zawodu.
2. Praktyki zawodowe mogą być organizowane w kraju i za granicą.
3. Zaliczenie praktyk student uzyskuje zgodnie z obowiązującym go programem studiów.

§2

1. Rodzaj, czas i termin praktyk określa realizowany program studiów.
2. Z przyczyn organizacyjnych termin praktyk może zostać przesunięty na inny termin niż wskazany w programie studiów.
3. Rodzaj i termin praktyk może być ustalony indywidualnie w przypadku realizowania przez studenta indywidualnej organizacji studiów (IOS) lub indywidualnego programu studiów, w tym planu studiów (IPS).
4. W uzasadnionych przypadkach Student może ubiegać się o zmianę terminu odbywania praktyki lub przesunięcie jej realizacji na inny semestr studiów niż przewiduje to program studiów na zasadach wpisu warunkowego określonych w Regulaminie studiów SWSM.

ROZDZIAŁ 2 FORMY, ORGANIZACJA I PRZEBIEG PRAKTYK

§3

1. Praktyki są realizowane w sposób określony w programach studiów dla danego kierunku i poziomu kształcenia.
2. Student przed realizacją praktyki (przed skierowaniem, lub wraz z wnioskiem o skierowanie do wybranej instytucji) zobowiązany jest dostarczyć kierownikowi praktyk dokument potwierdzający aktualne szczepienie przeciwko WZW typu B, aktualną książeczkę do celów sanitarno-epidemiologicznych, dokument potwierdzający posiadanie ubezpieczenia OC oraz NNW obowiązującego na okres odbywania praktyki zawodowej.

3. Praktyki odbywają się po uprzednim uzyskaniu zgody na realizację praktyki w danej placówce wydanej przez kierownika praktyk zawodowych SWSM (załącznik nr 3 do Regulaminu).
4. Student w Karcie przebiegu praktyki zawodowej uzyskuje od opiekuna praktyki potwierdzenie, że wykonał zadania i czynności przypisane do efektów uczenia się w ramach danej praktyki, oraz opinię o przebiegu praktyki.
5. Kierownik praktyk SWSM w Karcie zaliczenia praktyki zawodowej dokonuje oceny potwierdzającej osiągnięcie przez studenta każdego efektu przewidzianego dla danej praktyki.

ROZDZIAŁ 3

SYSTEM KONTROLI PRAKTYK

§4

1. Za prawidłową organizację i przebieg praktyk odpowiada kierownik praktyk zawodowych. Kierownik praktyk zawodowych jest powoływany i odwoływany decyzją Rektora.
2. Do zadań kierownika praktyk zawodowych należy w szczególności:
 - 1) koordynacja przebiegu praktyk w Uczelni,
 - 2) nawiązywanie kontaktów z instytucjami w celu pozyskania miejsc do odbycia praktyk studenckich,
 - 3) przedstawianie do akceptacji przez Rektora lub przez osobę do tego upoważnioną propozycji porozumień z podmiotami przyjmującymi studentów na praktyki,
 - 4) kierowanie studentów do właściwych jednostek w celu odbycia praktyk,
 - 5) nadzór nad przebiegiem praktyk. Kierownik praktyk zawodowych prowadzi kontrolę w formie wizytacji w miejscu odbywania przez studenta praktyki zawodowej i/lub kontaktu telefonicznego/e-mail z zakładowym opiekunem praktyk zawodowych,
 - 6) zaliczenie praktyk,
 - 7) składanie sprawozdań z praktyk, po zakończeniu tury praktyk w danym roku akademickim, w terminie jednego miesiąca od zakończenia semestru.
3. Opiekun praktyki w zakładzie pracy dokonuje ciągłej kontroli pracy studenta podczas odbywania praktyki zawodowej. W przypadku, gdy student rażąco naruszy dyscyplinę pracy lub nie wykona zadań wynikających z programu praktyki, opiekun praktyki w zakładzie pracy może przerwać odbywanie praktyki przez studenta.
4. O fakcie, przyczynach i terminie przerwania praktyki zakład pracy niezwłocznie powiadamia uczelnię na piśmie.
5. Zakładowy opiekun praktyk zawodowych w Karcie przebiegu praktyki zawodowej wystawia studentowi opinię o jego pracy.

ROZDZIAŁ 4

WARUNKI ZALICZENIA PRAKTYKI

§5

1. Warunkiem uzyskania zaliczenia praktyki jest wywiązanie się z zadań sformułowanych w programie określonej praktyki oraz przedłożenie przez studenta stosownej dokumentacji.
2. Student zobowiązany jest do przedstawienia kierownikowi praktyk zawodowych dokumentacji potwierdzającej odbycie praktyki nie później niż do daty wyznaczonej w danym semestrze.
3. Dokumentację przebiegu praktyki stanowi Karta przebiegu praktyki zawodowej, wymagane prace pisemne oraz inne dokumenty określone w sylabusie praktyk, a także karta zaliczenia praktyki zawodowej.
4. Niezaliczenie praktyki zawodowej powoduje niezaliczenie semestru, na którym praktyki powinny być realizowane. Praktyki zawodowe podlegają procedurze wpisu warunkowego na semestr programowo wyższy na takich samych zasadach jak inne moduły, objęte programem studiów.

Wykaz załączników:

- Załącznik 1: Skierowanie w celu realizacji praktyki zawodowej
- Załącznik 2: Wniosek o skierowanie do wybranej instytucji w celu realizacji praktyki zawodowej
- Załącznik 3:
 - Karta przebiegu praktyki zawodowej
 - Karta zaliczenia praktyki zawodowej
- Załącznik 4: Protokół zatwierdzenia miejsca odbywania praktyki samodzielnie wybranego przez Studenta
- Załącznik 5: Kryteria wyboru placówek i opiekunów do realizacji praktyk zawodowych
- Załącznik 6: Karta hospitacji praktyk zawodowych
- Załącznik 7: Karta kontroli praktyki zawodowej i komunikacji z opiekunem praktyk
- Załącznik 8: Ankieta OCENA PRAKTYK ZAWODOWYCH
- Załącznik 9: Ankieta OCENA PRAKTYK ZAWODOWYCH PRZEZ OPIEKUNA PRAKTYK



Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach

*ul. Mickiewicza 29, 40-085 Katowice
tel. 32 207 27 00, fax 32 207 27 05*

www.swsm.pl

SKIEROWANIE

w celu realizacji praktyki zawodowej

Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach (SWSM) kieruje i prosi o przyjęcie:

studentkę/studentanr albumu

kierunek

w celu realizacji praktyki zawodowej

w zakresie

trwającej godzin

Praktyki zawodowe realizowane są w oparciu o Program Studenckich Praktyk Zawodowych (stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego skierowania) i Regulamin Praktyk Zawodowych w Śląskiej Wyższej Szkole Medycznej w Katowicach.

Katowice, dnia.....

.....

Kierownik praktyk zawodowych

Wniosek o skierowanie do wybranej instytucji w celu realizacji praktyki zawodowej

STUDENT	<p>Imię nazwisko studenta :</p> <p>Nr albumu :</p> <p>Kierunek :</p> <p>Poziom studiów :</p> <p>Dane kontaktowe: telefon, adres e-mail :</p> <p>Praktyka zawodowa w zakresie:</p> <p>.....</p> <p>trwającagodzin</p> <p>Pełna nazwa placówki, w której student wnioskuję o realizację praktyki zawodowej, Dane kontaktowe (telefon, email), Adres strony www:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Planowany termin realizacji praktyki:</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">podpis studenta</p>
INSTYTUCJA PRZYJMUJĄCA	<p>Niniejszym oświadczam, że ww. student może zostać przyjęty w celu realizacji praktyki zawodowej w</p> <p>.....</p> <p>Pieczęć placówki przyjmującej:</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">pieczęć i podpis osoby reprezentującej placówkę</p>
KIEROWNIK PRAKTYK	<p>Po zapoznaniu się z działalnością ww. placówki, analizie dostępnych informacji (strona www, wizytacja/kontakt telefoniczny/e-mail z osobą reprezentującą placówkę)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody</p> <p>na realizację praktyk zawodowych.</p> <p>Do niniejszej decyzji sporządzono protokół zatwierdzenia miejsca odbywania praktyki samodzielnie wybranego przez studenta</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">podpis kierownika praktyk zawodowych</p>

Załącznikiem do wniosku jest program praktyki zawodowej wraz z efektami uczenia się

ŚLĄSKA WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W KATOWICACH
ul. Mickiewicza 29
40-085 Katowice



KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI ZAWODOWEJ

KIERUNEK

STUDIA STOPNIA

Symbol i nazwa praktyki zawodowej:

Ilość godzin zgodnie z programem studiów:

Imię i Nazwisko studenta:

Nr albumu:

Miejsce praktyki:

(nazwa i adres jednostki, w której praktyka została zrealizowana)

Imię i nazwisko zakładowego opiekuna praktyki:

Dane kontaktowe do opiekuna praktyki:

Przebieg praktyki

Data rozpoczęcia praktyki:

Data zakończenia praktyki:

Zrealizowana liczba godzin praktyki:

Pieczęć i podpis zakładowego opiekuna praktyk

Pieczęć jednostki w której praktyka została zrealizowana

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI ZAWODOWEJ

PROGRAM I REALIZACJA PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Imię i nazwisko Studenta.....

Nr albumu:

efekt uczenia się/ zakres zadań i czynności do wykonania przez studenta	potwierdzenie przez opiekuna praktyk czynności przypisanych do poszczególnych efektów oceną za/nza i podpisem ¹
Zakres zadań i czynności:	zaliczono/ nie zaliczono ² podpis opiekuna
Zakres zadań i czynności:	zaliczono/ nie zaliczono ² podpis opiekuna
Zakres zadań i czynności:	zaliczono/ nie zaliczono ² podpis opiekuna
Zakres zadań i czynności:	zaliczono/ nie zaliczono ² podpis opiekuna

¹ do zaliczenia praktyki zawodowej niezbędne jest uzyskanie zaliczenia czynności i zadań przypisanych do efektów uczenia się

² niepotrzebne skreślić

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI ZAWODOWEJ

PROGRAM I REALIZACJA PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Imię i nazwisko Studenta.....

Nr albumu:

Potwierdzam odbycie przez Panią /Pana
praktyki zawodowej
w liczbie godzin: i zaliczenie powyższych zadań i czynności przypisanych do
powyższych efektów uczenia się.

Opinia/uwagi o przebiegu praktyki (wiedza, umiejętności, postawa studenta, inne uwagi):

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

.....
data i podpis zakładowego opiekuna praktyki

KARTA ZALICZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**Weryfikacja efektów uczenia się**

Imię i nazwisko Studenta.....

Nr albumu:

Na podstawie łącznie:

- przedstawionej karty przebiegu praktyki zawodowej
- oceny i opinii opiekuna praktyk
- przedstawionych prac pisemnych
- rozmowy podsumowującej ze studentem
- inne (np. wizytacja, hospitacja).....

Zweryfikowano poniższe efekty uczenia się

Efekty uczenia się (podstawą do zaliczenia praktyki jest uzyskanie pozytywnej oceny potwierdzającej osiągnięcie każdego efektu przewidzianego dla tej praktyki):

(Należy wpisać efekty właściwe dla danej praktyki)

Efekt	Student po zakończeniu modułu:	Ocena

Uwagi:

.....

Student dostarczył wymagane dokumenty, w tym Umowę o organizację praktyki zawodowej studentów szkół wyższych

tak nie

Praktykę zawodową zaliczam / nie zaliczam* w dniu:

Ocena:

.....

(pieczęć i podpis kierownika praktyk SWSM)

* niepotrzebne skreślić

Kompleksowość wyposażenia w sprzęt

Czy placówka posiada specjalistyczną aparaturę

tak nie

jeśli tak, to jaką?

.....
.....

Czy sprzęt

– jest adekwatny do oferowanych usług?

tak nie

– jego jakość i ilość zapewnia profesjonalne wykonywanie usług ?

tak nie

Standardy higieniczne

Czy zapewnione są środki czystości, środki ochrony osobistej?

tak nie

Na podstawie przeprowadzonej rozmowy i oceny powyższych kryteriów stwierdzam, że placówka wskazana przez studenta spełnia/nie spełnia ustalone kryteria dla miejsc odbywania praktyki zawodowej.

.....
Podpis kierownika praktyk

KRYTERIA WYBORU PLACÓWEK I OPIEKUNÓW DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

Kierunek studiów:

Miejsce wyznaczone do realizacji praktyk zawodowych (nazwa zakładu).....

Kryterium		Potwierdzenie spełnienia kryterium
Zakres świadczonych usług zgodnych z zakresem praktyki zawodowej	szeroki	
	zawężony do specjalistycznych usług	
	ograniczony	
Wykształcenie pracowników realizujących w/w zajęcia i praktyki tj. np. wieloletnie doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie, świadomość ról zawodowych, umiejętność przekazywania wiedzy, dobry kontakt ze studentem	większość z wyższym	
	prawie połowa z wyższym lub specjalizacją	
	wyłącznie średnie	
Wyposażenie w nowoczesny sprzęt umożliwiający zdobywanie praktycznej wiedzy	w większości	
	stary i nowy sprzęt	
	brak sprzętu	
Doświadczenie w pracy ze studentami	praktyki systematycznie co roku	
	kilka razy w roku	
	sporadycznie	
Charakter i zakres świadczeń umożliwia realizację celów kształcenia i efektów uczenia się	w pełni	
	w większości	
	w niewielkim stopniu	
Usługi realizowane są zgodnie z obowiązującymi standardami i według właściwych procedur	wszystkie	
	niektóre	
	pojedyncze lub brak procedur	

Opiniowana placówka spełnia / warunkowo / nie spełnia* kryteria wymagane do prowadzenia praktyk zawodowych.

.....
Piecątka i podpis osoby przyjmującej
ze strony placówki

.....
Piecątka Uczelni i podpis osoby
upoważnionej

* zaznaczyć właściwe

Karta hospitacji praktyk zawodowych

1. Imię i nazwisko studenta
2. Kierunek studiów:
3. Adres i miejsce odbywania praktyki
-
-
4. Imię i nazwisko opiekuna praktyki z ramienia instytucji
5. Data hospitacji:

Lp.	Rozmowa z opiekunem praktyk i studentem w zakładzie pracy: (w przypadku odpowiedzi <i>NIE</i> proszę podać krótki opis w uwagach)	TAK /NIE
1.	Czy student zgłosił się do zakładu / instytucji / przedsiębiorstwa w ustalonym terminie i dopełnił wszelkich formalności związanych z realizowaną praktyką?	
2.	Czy student zapoznał się ze swoim stanowiskiem pracy, zakresem swoich obowiązków i kompetencji, przepisami obowiązującymi wszystkich pracowników	
3.	Czy program praktyk zawodowych obejmuje realizację zadań zawodowych przewidzianych w sylabusie?	
4.	Czy praktyki zawodowe są organizowane w rzeczywistych warunkach pracy?	
5.	Czy student może samodzielnie zdobywać doświadczenia w wykonywaniu obowiązków zawodowych?	
6.	Czy student radzi sobie w trudnych sytuacjach oraz potrafi rozwiązywać realne problemy zawodowe?	
7.	Czy student potrafi zdobyć się na samoocenę, dostrzega własne błędy, umie je eliminować i naprawiać?	
8.	Czy student jest zainteresowany i zmotywowany do pracy w danej instytucji (np. aktywność, pomysłowość, kreatywność)?	
9.	Czy student przestrzega dyscypliny pracy (spóźnienia, absencje)?	
10.	Czy student na bieżąco prowadzi dokumentację praktyk (dziennik praktyk)?	

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis opiekuna praktyk

.....
czytelny podpis nauczyciela akademickiego
hospitującego studenta na praktyce

Karta kontroli praktyki zawodowej i komunikacji z opiekunem praktyk

Data kontroli/komunikacji

Forma kontroli:

wizytacja

telefoniczna

e-mail

*proszę zaznaczyć właściwy kwadrat

Nazwa placówki:

Adres placówki:

Imię i nazwisko studenta:

Numer albumu studenta:

Sprawozdanie z kontroli/ zakresu komunikacji:

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

.....
(podpis kierownika praktyk)

Potwierdzenie przez opiekuna praktyk ww. kontroli/komunikacji w postaci wizytacji, lub rozmowy telefonicznej.

.....
(podpis opiekuna praktyki)

W przypadku kontaktu z opiekunem praktyk drogą e-mail, do karty kontroli praktyki zawodowej należy dołączyć wydruk bądź korespondencję zapisać na nośniku danych elektronicznych i dołączyć nośnik.

ANKIETA OCENA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Informacje podstawowe

Kierunek studiów:

Poziom studiów:

Semestr:

I. Dokonując oceny poniższych stwierdzeń postaw X w odpowiedniej kolumnie, gdzie:

- 1 – ocena negatywna,
2 – ocena zadowalająca,
3 – ocena pozytywna,
4 – ocena bardzo dobra
5 - ocena wyróżniająca**

	Dokonaj oceny praktyki według poniższych kryteriów	1	2	3	4	5
1	Czy praktyka była zgodna z profilem zawodowym?					
2	Czy praktyka przyczyniła się do rozbudowy kompetencji merytorycznych właściwych dla kierunku studiów?					
3	Czy praktyka została kompletnie udokumentowana?					
4	Jak ocenia Pani/Pan nabyte umiejętności praktyczne i kompetencje społeczne podczas praktyk					
5	Jak ocenia Pani/Pan ogólny poziom satysfakcji z odbytej praktyki zawodowej?					
6	Czy poleciłaby Pani/Pan miejsce realizacji praktyk?					

II. Inne spostrzeżenia:

.....

.....

.....

III. Proszę podać nazwę zakładu (firmy, organizacji), w którym odbywano praktykę

.....

ANKIETA – OCENA PRAKTYK ZAWODOWYCH PRZEZ OPIEKUNA PRAKTYK

Czy zachodzi konieczność zmian dotyczących przebiegu praktyki zawodowej?		
NIE	TAK*	
<i>*w przypadku zakreślenia pola „TAK” należy wypełnić poniższe pola:</i>		
Istnieje konieczność zmian w odniesieniu do:		
przygotowania studentów do podjęcia praktyki zawodowej	TAK**	NIE
programu praktyki zawodowej	TAK**	NIE
organizacji praktyki zawodowej	TAK**	NIE
<i>**w przypadku zakreślenia pola „TAK” należy sprecyzować:</i>		
• inne/jakie?		

Ewentualne uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....