**KARTA OBIEGOWA WSZYSTKICH FORM**

**KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO**

**STUDENTÓW COLLEGIUM MEDICUM**

**UNIWERSYTETU JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH**

Nazwisko i Imię ………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………..

Kierunek studiów ……………………………………………………………………

Szkolenie wstępne ogólne jest ważne od pierwszego roku do zakończenia studiów .

**1**.**Specjalista ds.** **BHP** ………………...................................................................................................

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

**2.Specjalista d**s. **p.poż** ………………..................................................................................................

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

**3.Specjalista ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych** ..............................................................................

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

Każdorazowo przed rozpoczęciem każdej formy kształcenia medycznego na terenie Szpitala   
obowiązuje szkolenie wstępne stanowiskowe przeprowadzone przez opiekuna praktyk.