

**POROZUMIENIE nr CMZ/P/...../2024  
dotyczące studenckich praktyk zawodowych**

W dniu ..... r zostało zawarte porozumienie pomiędzy: **Uniwersytetem Jana Kochanowskiego w Kielcach**, 25-369 Kielce, ul. Żeromskiego 5, który reprezentuje: Prorektor ds. medycznych – dr hab. Dorota Kozieł, prof. UJK.  
(tytuł, imię i nazwisko osoby reprezentującej)

a

.....

.....

(nazwa Zakładu Pracy i adres)

zwanym dalej „Zakładem Pracy”, który reprezentuje:

.....

Treść porozumienia obejmuje:

§ 1

1. Student/studentka/studenci ..... kierunek Fizjoterapia, ..... rok studia jednolite magisterskie  
(nazwisko i imię studenta, kierunek i rok studiów/liczba grup studentów, kierunek i rok studiów)  
odbędzie/odbędą w roku akademickim 2023/2024 oraz w roku akademickim 20.../20...<sup>1</sup> studencką praktykę zawodową w Zakładzie Pracy.
2. Odbywanie praktyki ma charakter nieodpłatny. Studentowi/studentce/studentom nie przysługują jakiegokolwiek roszczenia finansowe z tytułu wykonywania praktyki wobec Zakładu Pracy jak i Uniwersytetu.
3. Praktyki studenckie odbędą się w terminie:
  - 1) ..... - .....2023 r. w wymiarze godzin .....
  - 2) ..... 20... r. w wymiarze godzin .....<sup>2</sup>

§ 2

Zasadniczym celem studenckiej praktyki zawodowej jest zdobycie praktycznych umiejętności z zakresu organizacji, funkcjonowania Zakładu Pracy. W szczególności student/studentka/studenci powinien/powinna/powinni zapoznać się ze specyfiką i organizacją pracy oraz procedurami obowiązującymi w Zakładzie pracy.

Praktyka powinna służyć wykorzystaniu wiedzy teoretycznej wyniesionej z Uniwersytetu stosownie do form i metod działania Zakładu Pracy.

§ 3

1. Student/studentka/studenci Uniwersytetu przyjmowany/i będzie/będą na studenckie praktyki na podstawie niniejszego porozumienia.
2. W przypadku grupy studentów lista studentów z podaniem imienia i nazwiska oraz kierunku studiów stanowi załącznik do niniejszego porozumienia.
3. W odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na potrzeby realizacji niniejszego porozumienia Zakład Pracy zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnego, w tym w szczególności rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych; RODO).

<sup>1</sup> Jeśli umowa jest zawarta na rok, należy wpisać jeden rok akademicki.

<sup>2</sup> Jeśli umowa jest zawarta na rok, należy wpisać tylko termin w punkcie 1).

§ 4

Zakład Pracy zobowiązuje się do wyznaczenia zakładowego opiekuna praktyk, który w Zakładzie Pracy będzie nadzorował przebieg, a także wykonanie przez studenta/studentkę/studentów zadań wynikających z programu praktyki, przedstawi zakładowy regulamin pracy oraz przepisy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy. Z przebiegu praktyki Zakład Pracy sporządzi kartę informacyjną z przeznaczeniem dla potrzeb Uniwersytetu, która stanowi załącznik do niniejszego porozumienia, lub dokona wpisu do Dziennika praktyk studenta.

§ 5

Zakładowy opiekun praktyki..... współdziała  
(imię i nazwisko opiekuna praktyk z ramienia Zakładu Pracy)

z kierunkowym opiekunem praktyk, którym jest: dr n o zdrowiu Paulina Sztandera  
(imię i nazwisko opiekuna praktyk z ramienia Uniwersytetu)

§ 6

Uniwersytet zobowiązuje się do nadzoru dydaktycznego nad przebiegiem praktyk poprzez opiekuna praktyk.

§ 7

Uniwersytet oświadcza, że studenci kierowani na praktyki zawodowe posiadają:

- 1) udokumentowane szkolenie w zakresie BHP,
- 2) dokumenty potwierdzające ubezpieczenie NNW i OC, które student zapewnia we własnym zakresie,
- 3) dowód tożsamości,
- 4) identyfikator,
- 5) rozszerzone ubezpieczenie NNW o koszty leczenia po ekspozycji<sup>3</sup>

§ 8

Porozumienie zostało zawarte na czas określony i wygasa z dniem ..... r.

§ 9

Porozumienie zostaje sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, w tym jeden dla Uniwersytetu i jeden dla Zakładu Pracy.

Zakład Pracy

Uniwersytet

.....  
(podpis osoby reprezentującej)

.....  
(podpis osoby reprezentującej)

**Kierunkowy Opiekun Praktyk**

*dr n o zdr. Paulina Sztandera*

.....  
(podpis)

**Koordinator Sekcji Praktyk Medycznych**

*dr n o zdr. Justyna Pogorzelska*

.....  
(podpis)

<sup>3</sup> Uzupełnić, jeśli konieczne (np. w przypadku posiadania rozszerzenia ubezpieczenia NNW o koszty leczenia po ekspozycji, konieczności posiadania dodatkowych badań lekarskich itp.).