

(Pieczęć Jednostki Wydziału UM w Lublinie)

HARMONOGRAM SZCZEGÓŁOWY
~~ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH~~ / PRAKTYK ZAWODOWYCH*
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Kierunek studiów: PIELĘGNIARSTWO Studia II Stopnia				
Rok studiów: II Semestr: IV				
Rok akademicki: 2020/2021				
PRZEDMIOT:	GABINET PIELĘGNIARKI POZ I LEKARZA POZ			
FORMA ZAJĘĆ:	zajęcia praktyczne / praktyki zawodowe*			
LICZBA GODZIN (wg planu studiów, przypadająca na jednego studenta)	20			
MIEJSCE REALIZACJI KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO (nazwa i adres podmiotu leczniczego/ zoz-u – szpitala; nazwa kliniki / oddziału / innego podmiotu / instytucji)	TERMIN REALIZACJI (określone dni od - do)	NR GRUPY STUDENCKIEJ **	LICZBA STUDENTÓW W GRUPIE	OSOBA PROWADZĄCA ZAJĘCIA
1. POZ 1 - WOMP ul. Nałęczowska 27,	25-26.II 4-5 III	1	5	mgr Małgorzata Chojniak
	11-12,18-19. III	5	5	mgr Małgorzata Chojniak
	25-26.III 8-9.IV	9	5	mgr Małgorzata Chojniak
	15-16,22- 23.IV	13	5	mgr Małgorzata Chojniak
	15-16,22- 23.IV	14	5	mgr Małgorzata Chojniak
	29-30.IV,6- 7.V	17	5	mgr Małgorzata Chojniak
	13-14,20- 21.V	20	5	mgr Małgorzata Chojniak
	13-14,20- 21.V	21	5	mgr Małgorzata Chojniak
	27-28V,10-11 VI	3	5	mgr Małgorzata Chojniak
	POZ 2 – Przychodnia SPSK 1 ul. Langiewicza 6a,	25-26.II 4-5 III	2	5
11-12,18-19. III		6	5	mgr Zofia Marzec
25-26.III 8-9.IV		10	5	mgr Zofia Marzec

		15-16,22-23.IV	15	5	mgr Zofia Marzec
		29-30.IV,6-7.V	18	5	mgr Zofia Marzec
		13-14,20-21.V	22	5	mgr Zofia Marzec
		27-28V,10-11 VI.	4	5	mgr Zofia Marzec
	POZ 3 – POZ w Poliklinice ul. Jaczewskiego 8,	25-26.II 4-5 III	8	5	dr Dorota Kulina
		11-12,18-19. III	7	5	dr Dorota Kulina
		25-26.III 8-9.IV	11	5	dr Dorota Kulina
		15-16,22-23.IV	16	5	dr Dorota Kulina
		29-30.IV,6-7.V	19	5	dr Dorota Kulina
		13-14,20-21.V	23	5	dr Dorota Kulina
		27-28V,10-11 VI.	12	5	dr Dorota Kulina

Osoba sporządzająca: **dr Katarzyna Piasecka**

Nazwa jednostki organizacyjnej WNoZ UM w Lublinie realizującej dany przedmiot:

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego UM w Lublinie

Zatwierdził Kierownik Katedry/Zakładu/Pracowni Wydziału Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie

Lublin 5.02.2021
(miejscowość i data)

.....
(podpis kierownika Katedry/Zakładu/Pracowni)

*niepotrzebne skreślić

**załączyć listy studentów z podziałem na grupy zatwierdzone przez Dziekanat WNoZ UM w Lublinie