

**Projekt „Pielęgniarstwo zawód z przyszłością – wsparcie dla studentów i absolwentów**

**kierunku pielęgniarstwo PWSZ w Ciechanowie”**

**Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

**KAI.262.24.2020**

Załącznik nr 4 – Zgoda podmiotu leczniczego na pełnienie funkcji opiekuna (tutora)

……………………………………………

Miejscowość, data

……………………………………

(Pieczęć podmiotu leczniczego)

**ZGODA NA PEŁNIENIE FUNKCJI OPIEKUNA**

**(TUTORA) W PODMIOCIE LECZNICZYM**

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna (tutora) absolwenta pielęgniarstwa, w podmiocie leczniczym, w którym absolwent podjął zatrudnienie. Zadanie jest realizowane w ramach projektu pn. „Pielęgniarstwo zawód z przyszłością – wsparcie dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo PWSZ w Ciechanowie”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.5 Rozwój usług pielęgniarskich. Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

na Oddziale ……………………………………………………..……………………….. w ………………………………………………………………………………………………

(Nazwa i adres podmiotu leczniczego)

………………………………………………………………………………………………

Pani ………………………………………..................

(Imię i nazwisko opiekuna praktyki zawodowej)

………………………………………………

(Podpis osoby reprezentującej podmiot leczniczy)