

**KARTA OBIEGOWA PRZYJĘCIA WSZYSTKICH FORM
KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO
W WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM W KIELCACH**

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Klinika/Oddział:.....

Nazwa Uczelni.....

Data rozpoczęcia szkolenia- Podpis i pieczętka opiekuna	Data zakończenia szkolenia- podpis i pieczętka opiekuna

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

1. **Specjalista ds. BHP** (tel.4545).....

.....

2. **Specjalista ds. p.poż** (tel. 4533).....

.....

3. **Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych** (tel. 4365).....

.....

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

Instruktaż stanowiskowy przeprowadził :

.....
(podpis i pieczętka osoby szkolącej)

.....
Pieczętka Kliniki/Oddziału

.....
(podpis osoby, której udzielono instruktażu)