**HARMONOGRAM REALIZACJI INDYWIDUALNEJ ORGANIZACJI STUDIÓW\***

**Imię i nazwisko i studenta: ……………………...………………………………….…………**

**Nr albumu: ……………………………………………………………………………………..**

**Kierunek studiów: PIELĘGNIARSTWO**

**Poziom studiów: studia pierwszego stopnia**

**Rok studiów: III, semestr: VI**

**Rok akademicki: 2021/2022 semestr: LETNI**

 **WARUNKI I TERMIN UZYSKANIA ZALICZENIA ZAJĘĆ
PRZEZ STUDENTA POSIADAJĄCEGO ZGODĘ NA INDYWIDULANĄ ORGANIZACJĘ STUDIÓW**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zajęć** | **Liczba godzin** | **Forma zajęć\*\***  | **Imię i nazwisko nauczyciela**  | **Warunki i termin uzyskania zaliczenia zajęć**  | **Podpis nauczyciela**  |
|  | Podstawowa opieka zdrowotna | 160 | PZ |  |  |  |
|  | Psychiatria i pielęgniarstwo psychiatryczne | 80 | PZ |  |  |  |
|  | Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia | 60 | ZP |  |  |  |
|  | Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia | 20 | ZP w MCSM |  |  |  |
|  | Anestezjologia i pielęgniarstwo w zagrożeniu życia | 80 | PZ |  |  |  |
|  | Pielęgniarstwo opieki długoterminowej | 40 | PZ |  |  |  |
|  | Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne | 70 | ZP |  |  |  |
|  | Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne | 10 | ZP w MCSM |  |  |  |
|  | Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne | 80 | PZ |  |  |  |
|  | Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne | 70 | ZP |  |  |  |
|  | Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne | 10 | ZP w MCSM |  |  |  |
|  | Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne | 80 | PZ |  |  |  |
|  | Opieka paliatywna | 40 | PZ |  |  |  |
|  | Seminarium dyplomowe | 40 | SEM. |  |  |  |
|  | Seminarium dyplomowe | 20 | INNE |  |  |  |

\* Student zobowiązany jest przedłożyć uzupełniony harmonogram do Działu Obsługi Studentów w terminie 21 dni od dnia otrzymania zgody na Indywidulaną Organizację Studiów

\*\* Forma zajęć: W – wykład, Ć – ćwiczenia, LAB – laboratorium, LEK – lektorat, S – samokształcenie, Sem. – seminarium dyplomowe, ZP – zajęcia praktyczne, PZ – praktyka zawodowa

…………………………. ……………………………………………………………

 Data Podpis Dyrektora Instytutu