

ПОРЯДОК ПРОХОДЖЕННЯ ЛІТНЬОЇ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ

для здобувачів вищої освіти Польського кампусу

ПРИВАТНОГО ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

1. Загальна інформація про літню виробничу практику

Літня виробнича практика (далі – Практика) в Польському кампусі ПВНЗ «Київський медичний університет» є невід’ємною частиною навчального процесу та важливою можливістю для здобувача освіти зробити перші кроки у професійну діяльність.

Мета та завдання практики:

- узагальнення та вдосконалення теоретичних знань;
- розвиток практичних навичок та клінічного мислення;
- опанування навичками ведення медичної документації;
- засвоєння основ медичної етики та деонтології;
- адаптація до роботи в трудовому колективі закладу охорони здоров'я.

Практика проводиться у літній канікулярний період (липень, серпень) відповідно до освітньо-професійних програм (ОПП).

Види та тривалість практики:

Медичний факультет:

- Після I курсу: Ознайомча практика (4 тижні)
- Після II курсу: Догляд за хворими (4 тижні)
- Після III курсу: Сестринська практика (4 тижні)
- Після IV курсу: Виробнича лікарська практика (4 тижні)
- Після V курсу: Виробнича лікарська практика (4 тижні)

Стоматологічний факультет:

- Після I курсу: Ознайомча практика (4 тижні)
- Після II курсу: Виробнича практика (сестринська) (4 тижні)
- Після III курсу: Виробнича лікарська практика (4 тижні)
- Після IV курсу: Виробнича лікарська практика (4 тижні)
- V курс: Виробнича лікарська практика проходить у зимовий період.

Керівники практики:

- **Керівник від бази практики (Координатор):** Представник закладу охорони здоров'я, призначений зі штату співробітників. Він здійснює безпосередній нагляд за роботою студента на клінічній базі та ставить відмітки у щоденник практики.

- **Керівник від Університету (Наставник):** Досвідчений викладач Університету, який здійснює методичний контроль за проходженням практики, консультує щодо ведення документації (щоденника, звіту), роз'яснює правила охорони праці та техніки безпеки.

2. Процедура проходження практики: алгоритм дій

Практика може проходити в комунальних, державних і приватних закладах охорони здоров'я. Існує два варіанти практики:

Варіант 1: Практика на базах, з якими Університет має договір про співпрацю

1. **До 15 квітня** поточного навчального року здобувач освіти зобов'язаний повідомити деканат про своє бажання проходити практику на одній із запропонованих баз.
2. Університет самостійно формує списки студентів та скеровує їх до відповідних закладів охорони здоров'я, беручи на себе організаційні питання.

Варіант 2: Індивідуальне організоване проходження практики. Студент має право самостійно обрати базу практики як у Польщі, так і за її межами.

КРОК 1. Подання заяви до деканату

- **До 15 квітня** поточного навчального року необхідно надати до деканату оригінал заяви про намір пройти практику на самостійно обраній базі (Контактна особа: **Анатоніна Гриценко, каб 127**).

- У заяві вказати: ПІБ, курс, номер групи, повну назву обраної клініки, її адресу та офіційний контактний номер телефону.

- Заява має бути підписана студентом. (*Зразок заяви – Додаток №1*).

КРОК 2. Укладання договору із закладом охорони здоров'я

1. Студент завантажує та роздруковує бланк тристороннього договору або отримує в деканаті (*Зразок договору – Додаток №2*).
2. Студент організовує підписання договору з боку обраної клінічної бази.
3. Після підписання клінікою, договір передається до деканату для підписання з боку Університету.
4. Один примірник підписаного договору повертається клініці, інший залишається в Університеті. (*Зразок договору – Додаток №2*).

КРОК 3. Оформлення направлення на практику

- На основі підписаного договору студент заповнює направлення на практику.
- Направлення підписується студентом, представником клініки та Університетом.
- Один примірник залишається у клініці, інший повертається до деканату. (Зразок направлення – Додаток №3).

3. Оплата та обов'язковий медичний огляд

Оплата практики

Оплата за літню виробничу практику для всіх студентів Університету має бути здійснена **до 1 травня** поточного навчального року за реквізитами, наданими фінансовим відділом.

Медичні вимоги для проходження практики в Польщі

Для допуску до практики на клінічній базі в Польщі кожен здобувач освіти зобов'язаний здати аналізи у санітарно-епідеміологічній станції (розміщеній найближче до вас) та надати пакет чинних медичних документів:

1. **Довідка санітарно-епідеміологічної станції (Zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych):** Отримується на основі відповідних аналізів.
2. **Довідка від лікаря медицини праці (Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do odbycia praktyk):** Підтверджує відсутність медичних протипоказань до проходження практики. Огляд лікарем медицини праці проводиться організовано від університету. За відсутності можливості організовано пройти огляд, студент має пройти медичний огляд самостійно за вказаною адресою. Адресу проходження медичного огляду лікаря медицини праці можна дізнатись у деканаті (каб.127).
3. **Страхування від нещасних випадків (Ubezpieczenie NNW):** Студентське страхування, яке можна оформити, наприклад, на сайті bezpieczny.pl або в будь-якій страховій компанії.
4. **Обов'язкове Цивільне Страхування (Odpowiedzialność Cywilna) —** страхування, що покриває збитки, завдані іншим людям.
5. **Довідка про несудимість (Zaświadczenie o niekaralności):** Є обов'язковою у разі проходження практики на станціях швидкої медичної допомоги (SOR) або у відділеннях невідкладної допомоги. Отримується у відповідних судових інстанціях Польщі.

4. Ведення документації та правила поведінки

Щоденник практики

1. Щоденник практики є основним звітним документом. Його можна отримати в деканаті в паперовому вигляді або, або самостійно завантажити та роздрукувати на сайті.

2. Протягом практики студент щодня фіксує у щоденнику виконані завдання та засвоєні навички.

3. Для допуску до заліку щоденник має бути заповнений та підписаний **Керівником від бази практики та Керівником від Університету**.

Правила поведінки та дрес-код:

• **Етика:** Студенти зобов'язані дотримуватись норм медичної етики та деонтології, правил інфекційного контролю та техніки безпеки.

• **Зовнішній вигляд:** Охайний медичний одяг (білий халат або хірургічний костюм), чисте змінне взуття, зібране волосся.

• **3 собою мати:** Посвідчення особи, гаджет з доступом до Інтернету та до корпоративної електронної адреси.

5. Підсумковий контроль та оцінювання

Зарахування практики відбувається у формі підсумкового заліку в останній день практики. Залік приймає екзаменаційна комісія.

Умови допуску до підсумкового контролю: До теоретичної та практичної частини заліку допускаються здобувачі освіти, які виконали такі умови:

1. Повністю виконали програму практики (не мають пропущених днів або відпрацювали всі пропуски у встановленому порядку).
2. Надали належним чином заповнений та підписаний **Координатором та Наставником** щоденник практики.
3. Надали договір і направлення про проходження практики до деканату (каб. 127).

Компоненти підсумкового контролю:

1. **Перевірка та оцінка ведення щоденника практики.**
2. **Оцінка рівня теоретичної підготовки** (зазвичай у форматі запитань з програми практики).
3. **Оцінка рівня практичної підготовки** (демонстрація практичних навичок на манекенах, муляжах або, за згодою, на пацієнтах).
4. **Інтерпретація даних лабораторних та інструментальних методів дослідження.**

Результат заліку виставляється за шкалою ECTS відповідно до критеріїв, визначених у робочій програмі, та вноситься до відомості обліку успішності й індивідуального навчального плану здобувача освіти.

Катовіце / Katowice, _____ 2026

ПІБ / Full Name: _____

Рік навчання / Year of Study: _____ Група № / Group №: _____

Факультет / Faculty (оберіть / select):

☐ Faculty of Medicine ☐ Faculty of Dentistry ☐ Faculty of Pharmacy

Телефон / Phone: + _____ E-mail: _____@kmu.edu.ua

ЗАЯВА / APPLICATION

про надання дозволу на індивідуально організоване проходження літньої виробничої (клінічної) практики

for permission to undertake a self-arranged clinical placement as part of the summer vocational (clinical) clerkship

Прошу надати дозвіл на проходження літньої виробничої (клінічної) практики у нижче зазначеному закладі охорони здоров'я.

I kindly request permission to undertake my summer vocational (clinical) clerkship at the healthcare institution specified below.

(Вкажіть повну назву та адресу закладу охорони здоров'я / Please indicate the full name and address of the healthcare institution)

Період проходження практики / Practice Period: _____ – _____ 2026

Назва практики / Practice Title: _____

Я підтверджую / I confirm that:

- Жодних фінансових претензій до Київського Медичного Університету не маю, а всі витрати, пов'язані з проходженням практики в клініці, зобов'язуюсь покривати самостійно.
- **I have no financial claims against Kyiv Medical University and undertake to cover all expenses related to the clinical practice independently.**
- У разі пошкодження майна під час практики — зобов'язуюсь компенсувати витрати.
- **In case of damage to property during clerkship, I agree to reimburse the costs.**

Дата / Date: _____ Підпис / Signature: _____

Рішення Декана / Deans Decision

☐ Надаю дозвіл / Permission granted ☐ Не надаю дозволу / Permission not granted

Обґрунтування (у разі відмови) / Justification (if denied):

Дата / Date: _____ Підпис / Signature: _____

д-р Олена Хомяк, Декан по роботі з Польським Кампусом КМУ

Dr. Olena Khomiak, Dean of the KMU Polish Campus

UMOWA NR/KMU/CLINIC/2026
O WYKONYWANIU PRAKTYK KLINICZNYCH (ZAWODOWEJ) W KLINICE
AFILIOWANEJ

Niniejsza **UMOWA O PROWADZENIE PRAKTYK KLINICZNYCH** (zwana dalej „Umową”) zawierana jest w Katowicach, dnia „_____” _____ 2026 r. (dalej – „Data wejścia w życie”), między:

PRYWATNA PLACÓWKA SZKOLNICTWA WYŻSZEGO „KIJOWSKI
UNIwersYTET MEDYCZNY”, ODDZIAŁ W POLSCE

(dalej – „Uniwersytet”),

reprezentowana przez **Oleksandra Pokanevycha**, pełniącego funkcję Prezydenta Kijowskiego Uniwersytetu Medycznego oraz jednocześnie Dyrektora Oddziału w Polsce, działającego na podstawie Statutu i Regulaminów Uniwersytetu,

z jednej strony,

a

nazwa bazy praktyk

– (dalej – „Baza Praktyk”),

reprezentowana przez:

działającego na podstawie:

z drugiej strony.

Uniwersytet i Baza Praktyk zwani są dalej łącznie „Stronami”, a każdy z osobna „Stroną”.

W związku ze wsparciem Misji Humanitarnej „Ukraińska Edukacja Medyczna pod Ostrzałem: Opieka Zdrowotna w Niebezpieczeństwie” Kijowskiego Uniwersytetu Medycznego, w celu stworzenia bezpiecznych i wysokiej jakości warunków do nauki studentów oraz pracy wykładowców w Rzeczypospolitej Polskiej, Strony doszły do porozumienia w następujących kwestiach:

1. Na podstawie tej Umowy Uniwersytet zleca, a Baza Praktyk przyjmuje do wykonania prowadzenie praktyk studenckich studenta

..... (imię i nazwisko), kierunek

..... w roku akademickim

2. Praktyki studenckie będą odbywać się zgodnie z programem nauczania dostarczonym przez Uniwersytet.

3. Praktyki studenckie będą odbywać się w okresie trwania Umowy, to jest od dnia podpisania umowy do dnia

ARTYKUŁ 1. ZAKRES UMOWY

1.1. Na mocy niniejszej Umowy Uniwersytet kieruje, a Baza Praktyk akceptuje i prowadzi:

- ☐ praktykę medyczną
- ☐ praktykę stomatologiczną
- ☐ praktykę farmaceutyczną

dla studentów oraz rezydentów klinicznych Uniwersytetu (dalej – „Praktykanci”).

1.2. Bazą Praktyk jest:

- ☐ zakład opieki zdrowotnej
- ☐ stomatologiczny zakład opieki zdrowotnej
- ☐ przedsiębiorstwo branży farmaceutycznej

w którym Student może nabywać niezbędne umiejętności praktyczne i kompetencje zawodowe.

1.3. Każdy Student odbywa praktykę pod kierunkiem i nadzorem pracownika Uniwersytetu („Opiekun Praktyki”) oraz pracownika Bazy Praktyk („Koordynator Praktyki”).

1.4. Opiekuna Praktyki powołuje Uniwersytet spośród wykwalifikowanej kadry naukowo-dydaktycznej.

1.5. Koordynatora Praktyki powołuje Baza Praktyk spośród wykwalifikowanej kadry.

ARTYKUŁ 2. ORGANIZACJA PRAKTYKI

2.1. Przed rozpoczęciem praktyki Strony uzgadniają warunki oraz indywidualne plany praktyk (dziennik). Praktyki studenckie będą odbywać się zgodnie z programem nauczania dostarczonym przez Uniwersytet. Praktyki organizowane są zgodnie z wymaganiami europejskimi, z naciskiem na rozwój kompetencji zawodowych, myślenia klinicznego, odpowiedzialności, pracy zespołowej i etyki.

2.2. Uniwersytet wystawia oficjalne skierowanie. Skierowanie sporządza się w dwóch egzemplarzach i podpisuje je Uniwersytet, student oraz przedstawiciel Bazy Praktyk. Jeden egzemplarz pozostaje w Bazie Praktyk, drugi trafia do Uniwersytetu.

2.3. Dziekan oraz Koordynator Praktyki potwierdzają zakończenie praktyki w dzienniku praktyk każdego Praktykanta.

2.4. Uniwersytet zapewnia, że Praktykanci posiadają przez cały okres praktyki:

- ważne ubezpieczenie zdrowotne,
- ważne ubezpieczenie OC.

ARTYKUŁ 3. TERMIN UMOWY

3.1. Umowa zostaje zawarta od dnia podpisania umowy do dnia _____

3.2. Umowa wchodzi w życie z dniem jej podpisania przez obie Strony.

ARTYKUŁ 4. INNE POSTANOWIENIA

4.1. Wszystkie załączniki i aneksy stanowią integralną część niniejszej Umowy.

4.2. Zmiany mogą być dokonywane wyłącznie w formie pisemnej, za zgodą obu Stron.

4.3. Umowa sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach – po jednym dla każdej Strony.

4.4. Osoby kontaktowe odpowiedzialne za komunikację:

– z Bazy Praktyk: _____

– z Uniwersytetu: _____

tel. _____

e-mail: _____

ARTYKUŁ 5. DANE STRON

5.1. Uniwersytet:

Prywatna Placówka Szkolnictwa Wyższego „Kijowski Uniwersytet Medyczny” Oddział w Polsce

ul. Wrocławska 120, 41-902 Bytom

KRS: 0000993215

NIP: 2050006224

Tel/Fax: +48 452 239 662

E-mail: polishcampus@kmu.edu.ua

5.2. Baza Praktyk:

Nazwa: _____

Adres: _____

NIP / REGON: _____

Nr konta bankowego: _____

Tel: _____

E-mail: _____

5.3. W przypadku zmiany danych kontaktowych Strona zobowiązana jest poinformować drugą Stronę w terminie 5 dni kalendarzowych.

PODPISY STRON

Z ramienia Uniwersytetu:

.....

Oleksandr Pokanevych

Prezydent Kijowskiego Uniwersytetu Medycznego

Dyrektor Oddziału w Polsce

Z ramienia Bazy Praktyk:

.....

AGREEMENT NO./KMU/CLINIC/2026
ON THE PERFORMANCE OF VOCATIONAL (CLINICAL) CLERKSHIP
AT AN AFFILIATED CLINIC

This **AGREEMENT ON PERFORMANCE OF VOCATIONAL (CLINICAL) CLERKSHIP** (hereinafter - "Agreement") is entered into in Katowice, Poland, on "____" _____2026 (hereinafter - "Effective Date"), between:

PRIVATE HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENT "KYIV MEDICAL UNIVERSITY", branch in Poland
(hereinafter - "University"),

represented by **Oleksandr Pokanevych**, acting as President of the Kyiv Medical University and at the same time Director of the branch in Poland, acting on the basis of the Articles of Association and Bylaws of the University, on the one hand,

a

name of the clerkship base

- (hereinafter - "Clerkship Base"),
represented by:
acting on the basis of:
on the other hand.

The University and the Clerkship Base are hereinafter collectively referred to as the "Parties", and each individually as a "Party".

In connection with the support of the Humanitarian Mission "Ukrainian Medical Education Under Fire: Health Care in Danger" of the Kyiv Medical University, in order to create safe and high-quality conditions for students' learning and lecturers' work in the Republic of Poland, the Parties have reached an agreement on the following issues:

1. Based on this Agreement, the University commissions and the Clerkship Base accepts to carry out the student clerkship of the student (name), faculty in the academic year

2. Student clerkship will be conducted in accordance with the curriculum provided by the University.

3. Student clerkship will take place during the term of the Agreement, that is, from the date of signing the Agreement until

ARTICLE 1. SCOPE OF THE AGREEMENT

1.1 Under this Agreement, the University shall direct, and the Clerkship Base shall accept and conduct:

- ☐ medical clerkship
- ☐ dental clerkship
- ☐ pharmaceutical clerkship

for students and clinical residents of the University (hereinafter - "Apprentices").

1.2 The Clerkship Base shall be:

- ☐ a health care facility
- ☐ dental health care facility
- ☐ a pharmaceutical enterprise

in which the Student can acquire the necessary practical skills and professional competence.

1.3 Each Student shall complete his/her clerkship under the guidance and supervision of an employee of the University ("Clerkship Mentor") and an employee of the Clerkship Base ("Clerkship Coordinator").

1.4 The Clerkship Mentor shall be appointed by the University from among qualified academic and teaching staff.

1.5 The Clerkship Coordinator shall be appointed by the Clerkship Base from among qualified personnel.

ARTICLE 2. ORGANIZATION OF CLERKSHIP

2.1 Prior to the commencement of clerkship, the Parties shall agree on the terms and conditions and individual clerkship plans (Diary). Student internships will be held in accordance with the curriculum provided by the University. Internships are organized in accordance with European requirements, with emphasis on the development of professional competence, clinical thinking, responsibility, teamwork and ethics.

2.2 The University shall issue an official referral. The referral is made in two copies and signed by the University, the student and the representative of the Clerkship Base. One copy remains in the Clerkship Base, the other goes to the University.

2.3 The Dean and the Clerkship Coordinator shall confirm the completion of the clerkship in the clerkship Diary of each Apprentice.

2.4 The University shall ensure that Apprentices have throughout the apprenticeship period:

- valid health insurance,
- valid liability insurance.

ARTICLE 3. TERM OF THE CONTRACT

3.1 The Agreement is concluded from the date of signing of the Agreement until

3.2 The Agreement shall enter into force on the date of its signing by both Parties.

ARTICLE 4. OTHER PROVISIONS

4.1 All annexes and appendices are an integral part of this Agreement.

4.2 Amendments may be made only in writing with the consent of both Parties.

4.3 The Agreement is drawn up in two counterparts - one for each Party.

4.4 Contact persons responsible for communication:

- From the Clerkship Base: _____

- from the University: _____

tel. _____

e-mail: _____

ARTICLE 5. DATA OF THE PARTIES

5.1 University:

Private higher educational establishment "Kyiv Medical University", branch in Poland

120 Wroclawska Street, 41-902 Bytom

KRS: 0000993215

NIP: 2050006224

Tel/Fax: +48 452 239 662

E-mail: polishcampus@kmu.edu.ua

5.2 Clerkship base:

Name: _____

Address: _____

TAX ID / REGON: _____

Bank account number: _____

Tel: _____

E-mail: _____

5.3 In the event of a change in contact information, the Party shall inform the other Party within 5 calendar days.

SIGNATURES OF THE PARTIES

On behalf of the University:

.....

Oleksandr Pokanevych

President of Kyiv Medical University

Director of the branch in Poland

On behalf of the Clerkship Base:

.....



**KMU Polish
Campus**

NIP 2050006224

вул. Вроцлавська, 120
м. Битом, 41-902, Польща

120 Wroclawska Street
Bytom, 41-902, Poland

вул. Завіши Чарного, 5
м. Катовіце, 40-872, Польща

5 Zawiszy Czarnego Street
Katowice, 40-872, Poland

tel. +48 452 239 662

polishcampus@kmu.edu.ua



**International
Accreditation**

**General
Medical
Council**



SKIEROWANIE / НАПРАВЛЕННЯ

Kijowski Uniwersytet Medyczny, oddział w Polsce

Київський медичний університет, філія в Польщі

kieruje Pana/Panią na praktykę zawodową

направляє пана/пані на виробничу практику:

Imię i nazwisko / Ім'я та прізвище:

Rok studiów / Рік навчання: _____ **/ grupa/група:** _____

Kierunek studiów (zaznaczyć) / Освітня програма (вказіть):

☐ **Kierunek lekarski (Медичний факультет)**

☐ **Kierunek dentystyczny (Стоматологічний факультет)**

☐ **Kierunek farmaceutyczny (Фармацевтичний факультет)**

Nazwa praktyki / Назва практики:

Okres praktyki / Період проходження практики:

_____ 2026 – _____ 2025

Proszę wskazać nazwę oraz adres zakładu, w którym dana osoba będzie

odbywać praktykę / Вказати назву та адресу закладу, де буде проходити
dana osoba praktykę

Zatwierdzono przez uczelnię / Погоджено з боку університету

Dr n. med., adiunkt Olena Khomiak – Dziekan Oddziału w Polsce

к.мед.н., доцент Олена Хомяк, декан по роботі з філією в Польщі

Podpis i pieczęć / Підпис і печатка

ZGODA STUDENTA / ЗГОДА СТУДЕНТА

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, forma, kierunek studiów, grupa) do zakładu opieki zdrowotnej wskazanego powyżej, w związku z odbywaniem przeze mnie praktyki zawodowej.

Я надаю згоду на передачу моїх персональних даних (ПІБ, форма навчання, напрям, група) до вказаного вище закладу охорони здоров'я у зв'язку з проходженням мною студентської виробничої практики.

Katowice, dnia / Катовиці, дата: _____

Imię, nazwisko i podpis studenta / ПІБ та підпис студента:



**POTWIERDZENIE ZAKŁADU / ПІДТВЕРДЖЕННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я**

**KMU Polish
Campus**

NIP 2050006224

вул. Вроцлавська, 120
м. Битом, 41-902, Польща

120 Wroclawska Street
Bytom, 41-902, Poland

вул. Завіши Чарного, 5
м. Катовіце, 40-872, Польща

5 Zawiszy Czarnego Street
Katowice, 40-872, Poland

tel. +48 452 239 662

polishcampus@kmu.edu.ua

**Podmiot leczniczy wskazany powyżej nie wyraża sprzeciwu wobec
odbywania przez studenta praktyki studenckiej w ww. terminie.**

Заклад охорони здоров'я, зазначений вище, не заперечує проти
проходження студентом практики у вказаний період.

Imię i nazwisko, stanowisko / ПІБ, посада:

Hania Malik , Oddziałowa

Podpis i pieczęć / Підпис і печатка:

 **Niniejszy dokument sporządzono w dwóch egzemplarzach: jeden — dla
podmiotu leczniczego, drugi — dla uczelni.**

 Даний документ складено у двох примірниках: один — для закладу
охорони здоров'я, другий — для університету.



**International
Accreditation**

**General
Medical
Council**





**KMU Polish
Campus**

NIP 2050006224

вул. Вроцлавська, 120
м. Битом, 41-902, Польща

120 Wroclawska Street
Bytom, 41-902, Poland

вул. Завіши Чарного, 5
м. Катовіце, 40-872, Польща

5 Zawiszy Czarnego Street
Katowice, 40-872, Poland

tel. +48 452 239 662

polishcampus@kmu.edu.ua



**International
Accreditation**

**General
Medical
Council**



REFERRAL / НАПРАВЛЕННЯ

Kyiv Medical University, Polish campus

Київський медичний університет, філія в Польщі

refers Mr./Ms. to vocational clerkship / направляє пана/пані на виробничу практику:

First and last name / Ім'я та прізвище:

Year of study / Рік навчання: _____ **/ group/група:** _____

Study program (please select) / Освітня програма (вказіть):

- ☐ **Medicine** (Медичний факультет)
☐ **Dentistry** (Стоматологічний факультет)
☐ **Pharmacy** (Фармацевтичний факультет)

Name of clerkship / Назва практики:

Clerkship period / Період проходження практики:

_____ 2025 – _____ 2025

Please indicate the name and address of the institution where the student will undertake the clerkship / Вказати назву та адресу закладу, де буде проходити дана особа практику

Approved by the university / Погоджено з боку університету

PhD in Medicine, Associate Professor Olena Khomiak – Dean of Polish campus

к.мед.н., доцент Олена Хомяк - декан по роботі з Польським кампусом

Signature and stamp / Підпис і печатка

STUDENT CONSENT / ЗГОДА СТУДЕНТА

I consent to the transfer of my personal data (first and last name, form of study, field of study, group) to the healthcare institution indicated above, in connection with my participation in a student's vocational clerkship.

Я надаю згоду на передачу моїх персональних даних (ПІБ, форма навчання, напрям, група) до вказаного вище закладу охорони здоров'я у зв'язку з проходженням мною студентської виробничої практики.

Katowice, date / Катовиці, дата: _____

Full name and signature of the student / ПІБ та підпис студента:



**KMU Polish
Campus**

NIP 2050006224

вул. Вроцлавська, 120
м. Битом, 41-902, Польща

120 Wroclawska Street
Bytom, 41-902, Poland

вул. Завіши Чарного, 5
м. Катовіце, 40-872, Польща

5 Zawiszy Czarnego Street
Katowice, 40-872, Poland

tel. +48 452 239 662

polishcampus@kmu.edu.ua



**International
Accreditation**

**General
Medical
Council**



**CONFIRMATION BY THE INSTITUTION / ПІДТВЕРДЖЕННЯ ЗАКЛАДУ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**The healthcare institution indicated above does not object to the student's
internship during the specified period /**

Заклад охорони здоров'я, зазначений вище, не заперечує проти
проходження студентом практики у вказаний період.

First and last name, position / ПІБ, посада:

Click or tap here to enter text., Click or tap here to enter text.

Signature and stamp / Підпис і печатка:

 **This document has been prepared in two copies: one for the healthcare
institution and one for the university.**

 Даний документ складено у двох примірниках: один — для закладу
охорони здоров'я, другий — для університету.