

**UMOWA POROZUMIENIA
O PRZEPROWADZENIE STUDENCKICH
ĆWICZEŃ KLINICZNYCH ORAZ PRAKTYK ZAWODOWYCH**

Zawarta pomiędzy **Mazowiecką Uczelnią Medyczną w Warszawie,**
ul. Rydygiera 8, 01-393 Warszawa, tel. 668326740, NIP 521-33-02-503, Regon 015810820,
zwaną dalej „Uczelnią”, reprezentowaną przez **Rektora prof. dr n. med. Jerzego Kotowicza**

a **nazwa placówki:**.....
adres: ul...... **kod.**..... **miasto.**.....NIP..... Regon.....
zwanym dalej „Placówką”, reprezentowaną przez: **stanowisko, tytuł, imię i nazwisko**

§ 1.

1. Umowa porozumienia dotyczy realizacji ćwiczeń klinicznych / praktyk zawodowych studenta/ki Kierunku Fizjoterapia Wydziału Nauk Medycznych MUM w Warszawie
nr albumu..... **imię i nazwisko**.....
2. Ćwiczenia kliniczne / praktyki zawodowe dotyczą zakresu fizjoterapii klinicznej w:
.....
3. Ćwiczenia kliniczne / praktyki zawodowe odbywać się będą zgodnie z programem nauczania dostarczonym przez studenta/kę.
4. Zajęcia będą odbywać się w terminie uzgodnionym przez studenta/kę z placówką.
5. Miejscem odbywania ćwiczeń klinicznych będzie.....
6. Miejscem odbywania praktyk zawodowych będzie.....

§ 2.

Placówka zobowiązuje się do:

1. Wyznaczenia zakładowego opiekuna/ów ćwiczeń klinicznych / praktyk zawodowych,
2. Prowadzenie ćwiczeń klinicznych/ praktyk zawodowych zgodnie z programem.
3. Zapoznanie studenta/ki z zakładowym regulaminem pracy, z przepisami bhp i ppoż.,
4. Umożliwienia właściwego wykonania przez studenta/kę zadań programu nauczania.

§ 3.

Uczelnia zobowiązuje się do:

1. Opracowania programu ćwiczeń klinicznych / praktyk i zapoznania z nimi studenta/ki.
2. Sprawowania nadzoru dydaktyczno-wychowawczego nad ćwiczeniami studenta/ki oraz kontroli i oceny tych ćwiczeń.
3. Poinformowanie studenta o konieczności ubezpieczenia się od następstw nieszczęśliwych wypadków oraz odpowiedzialności cywilnej.
4. Poinformowania studenta/ki o obowiązku przestrzegania regulaminu pracy placówki, praw pacjenta i zasad ochrony danych osobowych pacjentów oraz do bezwzględnego stosowania się do poleceń opiekunów.

§ 4.

1. Z tytułu realizacji niniejszej umowy Uczelnia ani Placówka nie będą ponosić żadnych kosztów.

§ 5.

1. Student/ka skierowany/a na ćwiczenia kliniczne / praktyki zawodowe będzie posiadać druk „potwierdzenie odbycia ćwiczeń klinicznych / praktyk zawodowych”, w którym zostaną odnotowane godziny i tematy zrealizowane podczas zajęć oraz zaliczenie na ocenę potwierdzone pieczętą placówki i pieczętą i podpisem opiekuna ze strony placówki.
2. Druk potwierdzenia odbycia ćwiczeń klinicznych / praktyk zawodowych po wypełnieniu i potwierdzeniu przez placówkę będzie zatwierdzany przez opiekuna ze strony Uczelni, który wpisuje zaliczenie ćwiczeń / praktyk do indeksu i karty okresowych osiągnięć studenta/ki.
3. Opiekunem ćwiczeń klinicznych ze strony Placówki będzie
.....
a opiekunem praktyk zawodowych ze strony placówki będzie
.....
3. Opiekunem ćwiczeń klinicznych i praktyk zawodowych ze strony Uczelni będzie:
Koordynator Ćwiczeń Klinicznych i Praktyk Zawodowych dla kierunku fizjoterapia

§ 6.

1. Placówka nie pokrywa żadnych kosztów odzieży i ubrania roboczego oraz wyżywienia i zakwaterowania studenta/ki.
2. Student/ka nie przestrzegający regulaminu i zasad pracy na placówce za ich rażące naruszenie może być wydalona/y z ćwiczeń klinicznych na placówce.
Placówka niezwłocznie informuje Uczelnię o fakcie wydalenia studenta/ki.
3. W sprawach nie regulowanych umową stosuje się obowiązujące przepisy prawa.

§ 7.

1. Z ważnych przyczyn strony zastrzegają sobie prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Umowa sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

.....
UCZELNIA

.....
PLACÓWKA

.....
Pieczętka instytucji

.....
Pieczętka instytucji