**Частное учреждение профессиональная образовательная организация**

**Фармацевтический колледж «Новые знания»**

**ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ЗАДАНИЕ НА ПРОИЗВОДСТВЕННУЮ ПРАКТИКУ**

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ФИО студента*

2. Группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Курс \_\_\_\_\_\_\_\_

3. Специальность **34.02.01 Сестринское дело**

4. Место проведения практики (организация) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование организации, юридический адрес*

5. Вид практической подготовки: **производственная практика**

6. Наименование профессионального модуля: **ПМ.02 Ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала**

7. Сроки проведения практики с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

8. Объем практики 36 ч.

**Календарный план проведения практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Задание | Календарные сроки |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 Дата сдачи отчета по практике \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Задание на практику составил:

Руководитель практики от образовательной организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_»\_\_\_ 20\_ г.

*(уч. степень, уч. звание, должность) (подпись) (И.О. Фамилия) (дата)*

СОГЛАСОВАНО: *(при проведении практики в профильной организации)*

Руководитель практики от предприятия (организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_»\_\_\_ 20\_ г.

*(уч. степень, уч. звание, должность) (подпись) (И.О. Фамилия) (дата)*

МП

С программой практики и заданием ознакомлен:

Студент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(И.О. Фамилия) (подпись)*