**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.05 «Оказание медицинской помощи в экстренной форме»**

7. Срок прохождения практики с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

8. Объем практики: 36 ч.

**Календарный план проведения практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Задание | Календарные сроки |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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)*