|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Kontrakt for 7. semester F/E\_\_\_** (angiv forår eller efterår) **20\_\_** **Periode** 2\_\_ 4\_\_ eller 6\_\_ uger (sæt kryds) |
| Periode: begyndelse/slut (begge dage inkl.):  |

*Forløbet vil blive godkendt/accepteret i overensstemmelse med informations- og 7. semester-beskrivelsen*

|  |
| --- |
| **Til udfyldelse af institution el. den kliniske partner** |
| Navn på kliniske sted samt en kort beskrivelse af hovedfokus (klinik, hospital, forskningsinstitution etc.)  |
| Adresse:  |
| Kontakt person – navn:  |
| Kontakt person – tlf.nr.:  |
| Kontakt person – e-mail:  |
| Forsikringsforhold; normalt vil den studerende være dækket via egen studenterforsikring |
| Underskrift og dato (kliniske part):  |

|  |
| --- |
| **Til udfyldelse af den studerende**  |
| Navn:  |
| Holdnr.: |
| Fødselsdato/studienummer: |
| Adresse:  |
| Tlf.:  |
| E-mail: |
| Underskrift og dato (studerende): |

|  |
| --- |
| **Til udfyldelse af sygeplejerskeuddannelsen, Københavns Professionshøjskole** |
| Underskrift og dato (semesterkoordinator): |

Denne kontrakt skal udfyldes af den studerende og den kliniske partner og returneres (af den studerende, sendt på e-mail i scannet version) til semesterkoordinator Maria Kortland-Raft mkra@kp.dk sammen med ansøgningsskemaet.