

**PROCEDURA ODBYWANIA PRAKTYK SZKOLNYCH, STUDENCKICH, ZAWODOWYCH
oraz WOLONTARIATU W CENTRUM ALZHEIMERA**

I. PRAKTYKA SZKOLNA /STUDENCKA / ZAWODOWA

1. Praktykę szkolną, studencką lub zawodową w Centrum Alzheimerera może odbyć osoba, która:
 - 1) ukończyła przynajmniej pierwszy rok: szkoły średniej lub średniej kierunkowej (np. opiekun), studiów I lub II stopnia, albo jednolitych studiów magisterskich;
 - 2) posiada skierowanie ze szkoły średniej lub szkoły wyższej, zwanej dalej „Uczelnią”;
 - 3) posiada ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków na czas odbywania praktyki w Centrum Alzheimerera (ubezpieczenie przez Uczelnię lub ubezpieczenie indywidualne).
2. Wstępna kwalifikacja do odbycia praktyki w Centrum Alzheimerera następuje na podstawie zgłoszenia, w terminie do 14 dni od otrzymania zgłoszenia. Kwalifikacji dokonuje kierownik / koordynator Zespołu w którym praktyka będzie świadczona.
3. W przypadku pozytywnej wstępnej kwalifikacji kandydat jest zobowiązany do dostarczenia przed rozpoczęciem praktyki:
 - 1) skierowania wystawionego przez Szkołę lub Uczelnię do odbycia praktyki,
 - 2) dokumentu potwierdzającego fakt posiadania ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków na czas odbywania praktyki.
4. Każdy praktykant w Centrum Alzheimerera ma wyznaczonego opiekuna praktyki.
5. Praktyka szkolna, studencka, zawodowa odbywa się tylko w oparciu o porozumienie zawarte pomiędzy szkołą, uczelnią a Centrum Alzheimerera. Treść porozumienia jest ustalana indywidualnie.
6. W przypadku konieczności przetwarzania danych osobowych przez praktykanta zostaje zawarte porozumienie na przetwarzanie danych osobowych pomiędzy praktykantem a Centrum Alzheimerera.
7. Po zakończeniu praktyki Centrum Alzheimerera wystawia Zaświadczenie o ukończeniu praktyki.
8. Praktyki wykonywane są nieodpłatnie.

II. WOLONTARIAT

1. Wstępna kwalifikacja do odbywania wolontariatu w Centrum Alzheimerera następuje na podstawie zgłoszenia
2. Kwalifikacji dokonuje pracownik ds. wolontariatu we współpracy z kierownikiem Działu, w którym świadczony będzie wolontariat, w terminie do 14 dni od otrzymania zgłoszenia.
3. Wolontariat odbywa się w oparciu o zawarte pomiędzy stronami Porozumienie.
4. Wykonywanie świadczeń wolontarystycznych jest dobrowolne i bezpłatne.
5. Podstawowym aktem prawnym regulującym wolontariat jest *Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*.

III. ZGŁOSZENIE

1. W celu zgłoszenia się na praktykę szkolną/studencką/zawodową należy wypełnić formularz zgłoszeniowy stanowiący zał. nr 1 do niniejszej procedury i przesłać pocztą na adres sekretariat@ca.waw.pl lub złożyć osobiście w siedzibie placówki.
2. W celu zgłoszenia się na wolontariat należy wypełnić formularz zgłoszeniowy stanowiący zał. nr 1A do niniejszej procedury i przesłać pocztą na adres sekretariat@ca.waw.pl lub złożyć osobiście w siedzibie placówki.
3. Tygodniowy wymiar czasu pracy praktykanta/wolontariusza nie może przekraczać 40 godzin tygodniowo.

IV. PANDEMIA COVID 19

W sytuacji wprowadzonych na terenie placówki obostrzeń związanych z Pandemią obowiązują dodatkowe kryteria :

1. Praktyki szkolne, studenckie, zawodowe oraz wolontariat w Centrum Alzheimera świadczyć mogą jedynie osoby, które oprócz w.w wymagań dodatkowo :
 - 1) zakończyły cykl szczepień przeciw COVID-19;
 - 2) fakt zakończenia cyklu szczepienia przeciw COVID-19 udokumentowały stosownym certyfikatem.
2. Na teren DPS CA **nie będą wpuszczone osoby**, u których występują:
 - 1) objawy infekcji: katar, kaszel, ból gardła, chrypa;
 - 2) podwyższona temperatura - powyżej 37,1°C;
 - 3) miały kontakt z osobą zakażoną COVID lub inną chorobą zakaźną;
 - 4) nie wyrażą zgody na pomiar temperatury.
3. Podczas świadczenia praktyk, wolontariatu praktykanci i wolontariusze zobowiązani są do:
 - 1) przestrzegania reżimu sanitarnego obowiązującego w CA;
 - 2) wejścia na teren CA w maseczce (innej **niż używana** na zewnątrz, a w przypadku braku innej maseczki, praktykant/wolontariusz może otrzymać jednorazową maseczkę w placówce), oraz przebywania w maseczce przez cały czas pobytu na terenie CA do momentu opuszczenia placówki;
 - 3) dezynfekcji rąk przed wejściem na teren placówki oraz każdorazowo bezpośrednio przed wejściem do DPS CA lub DDP CA,
 - 4) poddanie się pomiarowi temperatury ciała,
 - 5) ograniczenia kontaktów do niezbędnego minimum oraz nieporuszania się po terenie placówki za wyjątkiem miejsc udostępnionych,
 - 6) Niegromadzenia się w nadmiernej liczbie osób w danej przestrzeni, unikanie bardzo bliskiego kontaktu jak: przytulanie, uściski, pocałunki.

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIA NA PRAKTYKĘ W CENTRUM ALZHEIMERA

IMIĘ I NAZWISKO.....ROK URODZENIA

TELEFON.....ADRES E-MAIL

1. PRAKTYKA:

 na podstawie skierowania przez szkołę/uczelnię wyższą bez skierowania przez szkołę/uczelnię wyższą

2. WYKSZTAŁCENIE:

▪ Nazwa szkoły/uczelni.....

▪ Wydział.....Kierunek.....Rok nauki / semestr

3. WYRAŻAM CHĘĆ ODBYCIA PRAKTYKI:

▪ Komórka organizacyjna CA.....Proponowany termin Praktyk.....

▪ Wymiar czasowy Praktyk.....

4. OŚWIADCZENIE KANDYDATA

Oświadczam, że*:

 zapoznałam/zapoznałem się z Procedurą praktyk /wolontariatu w tym w warunkach COVID jestem osobą która odbyła pełen cykl szczepień przeciwko COVID 19 jestem osoba niezaszczepioną *

10 . UZASADNIENIE

WYBORU.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Alzheimer z siedzibą w Warszawie, ul. Al. Wilanowska 257 , 02-730 Warszawa, na zasadach określonych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO) moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu w celu dokonania zgłoszenia na praktykę oraz jej odbycia.

.....
(podpis kandydata)

*zaznacz właściwe

Opinia Kierownika jednostki, Działu, Zespołu , do którego jest zgłoszenie:

.....

Proponowany opiekun

Warszawa, dnia.....

.....
Podpis i pieczęć kierownika

Decyzja Dyrektora CA: _____

Podpis i pieczęć Dyrektora CA

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIA NA WOLONTARIAT W CENTRUM ALZHEIMERA

IMIĘ I NAZWISKO.....ROK URODZENIA

TELEFON.....ADRES E-MAIL

WYKSZTAŁCENIE.....

1. WYRAŻAM CHĘĆ ODBYCIA WOLONTARIATU W CA :

W : Komórka organizacyjna CA.....,proponowany termin rozpoczęcia
wolontariatuWymiar czasowy Praktyk.....

2. OŚWIADCZENIE KANDYDATA

Oświadczam, że*:

- zapoznałam/zapoznałem się z Procedurą praktyk /wolontariatu w tym w warunkach COVID
- jestem osobą która odbyła pełen cykl szczepień przeciwko COVID 19
- jestem osoba niezaszczepioną *

10 . UZASADNIENIE

WYBORU.....

.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Alzheimera z siedzibą w Warszawie, ul. Al. Wilanowska 257 , 02-730 Warszawa, na zasadach określonych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO) moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu w celu dokonania zgłoszenia na praktykę oraz jej odbycia.

.....
(podpis kandydata)

*zaznacz właściwe

Opinia Kierownika jednostki, Działu, Zespołu , do którego jest zgłoszenie:

.....

Proponowany opiekun wolontariusza

Warszawa, dnia.....

.....
Podpis i pieczęć kierownika

Decyzja Dyrektora CA: _____

Podpis i pieczęć Dyrektora CA