



.....
(miejscowość)

.....
(data)

**PODANIE DLA STUDENTÓW FIZJOTERAPII
O PRAKTYKĘ- WYBÓR WŁASNY**

rok akademicki /

Imię i nazwisko studenta	Numer albumu	Rok studiów	Semestr
Charakter praktyki	Godziny praktyk	Ilość dni praktyk	
Miejsce realizacji praktyki	Termin odbycia praktyki		

Imię, nazwisko, tytuł i stopień naukowy osoby która ma kompetencje do podpisania Porozumienia/Umowy o organizację praktyk z Uczelnią	Opiekun praktyk w podmiocie leczniczym Imię, nazwisko, tytuł i stopień naukowy Dane kontaktowe -nr telefonu

Potwierdzenie jednostki medycznej przyjmującej na praktykę zawodową

<i>Pieczętka instytucji oraz podpis osoby zarządzającej podmiotem leczniczym</i>	<i>Pieczętka oraz podpis opiekuna praktyk w podmiocie leczniczym</i>

Zgoda opiekuna praktyk zawodowych z ramienia Uczelni na kierunku

Fizjoterapia: