

# Karta realizowanej praktyki studenckiej

## STUDIA STACJONARNE II STOPNIA

### FIZJOTERAPIA

#### **DANE dot. STUDENTA:**

1. Nazwisko i imię studenta: .....
2. Telefon do ew. kontaktu: .....
3. Czy Pani/Pan pracuje? Podać gdzie: .....
4. Rok i kierunek studiów, kolejność praktyki . .....

\* \* \* \* \*

#### **DANE dot. PLACÓWKI:**

1. Nazwa i adres placówki, w której planowana jest praktyka: \* .....
2. Dyrektor/Kierownik/Właściciel placówki .....
3. Praktyka będzie odbywana terminie: .....
4. Praktyka będzie odbywana w godzinach: .....
5. Opiekun praktyki .....
6. Potwierdzenie zgody opiekuna praktyki .....
7. Zgoda dyrekcji placówki na realizację w/w praktyki (**podpis i pieczęć dyrektora**) .....

Data wyrażenia zgody:

*Verte!*

