

Karta realizowanej praktyki studenckiej STUDIA STACJONARNE I NIESTACJONARNE II STOPNIA

FIZJOTERAPIA

DANE dot. STUDENTA:

1. Nazwisko i imię studenta:
2. Telefon do ew. kontaktu:
2. Adres zamieszkania (kod poczt.)
3. Czy Pani/Pan pracuje? Podać gdzie:
4. Rok i kierunek studiów, kolejność praktyki
5. Rodzaj studiów: stacjonarne niestacjonarne

* * * * *

DANE dot. PLACÓWKI:

1. Nazwa i adres placówki, w której planowana jest praktyka: *
-
2. Dyrektor w/w 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:

* Proszę dołączyć krótką charakterystykę placówki (czy jest Oddział Rehabilitacyjny, na ile łóżek, wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny, ilość zatrudnionych fizjoterapeutów itp.)