

## Karta realizowanej praktyki studenckiej

### FIZJOTERAPIA - studia stacjonarne I stopnia

#### STUDENT:

1. Nazwisko i imię studenta: .....

2. Telefon do ew. kontaktu .....

3. Rok i kierunek studiów.....

4. Kolejność praktyki, czas trwania praktyki.....

Data ..... Podpis studenta .....

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

#### PLACÓWKA:

1. Nazwa i adres placówki, w której planowana jest praktyka (pieczęć nagłówkowa): .....

.....

2. Dyrektor w/w placówki (imię, nazwisko) .....

3. Praktyka będzie odbywana w terminie: .....

4. Praktyka będzie odbywana w godzinach: .....

5. Opiekun praktyki (imię, nazwisko) .....

6. Potwierdzenie zgody opiekuna praktyki (podpis) .....

7. Zgoda dyrekcji placówki na realizację w/w praktyki (podpis i pieczęć dyrektora) .....

.....

Data wyrażenia zgody

.....

Verte!

8. Krótka charakterystyka placówki (czy jest Oddział Rehabilitacyjny, na ile łóżek, wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny, ilość zatrudnionych rehabilitantów itp.)\*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\* nie dotyczy placówek służby zdrowia z którymi Uczelnia zawarła stałe porozumienie w zakresie realizowania praktyk studenckich