

Karta realizowanej praktyki studenckiej

TERAPIA ZAJĘCIOWA - studia II stopnia

STUDENT:

1. Nazwisko i imię studenta:
2. Rok i kierunek studiów.....
3. Czy Pani/Pan pracuje? Jeśli tak to gdzie?:
4. Telefon do ew. kontaktu
5. Kolejność praktyki, czas trwania praktyki.....

Data Podpis studenta

≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡

PLACÓWKA:

1. Nazwa i adres placówki, w której planowana jest praktyka (pieczęć nagłówkowa):
.....
2. Dyrektor/Kierownik/Właściciel 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