

.....dn,.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Zgoda dyrekcji/kierownika

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki zawodowej, w zakładzie:

.....
.....
nazwa placówki, adres i nr telefonu

przez studenta/studentów:

.....
.....
.....

roku....., studiów stacjonarnych/niestacjonarnych I/II stopnia AWFIS w Gdańsku,
Wydział Rehabilitacji i Kinezylogii, kierunek Fizjoterapia w terminie
.ilość godzin

Opiekunem praktykanta będzie:.....
tytuł, imię i nazwisko (pieczęć opiekuna).

.....
pieczęć, podpis dyrektora/ kierownika

Wykaz odbytych praktyk zawodowych w I roku studiów II stopnia,

W semestrze zimowym (90 godzin)

.....
.....
.....
.....

W semestrze letnim (90 godzin)

.....
.....
.....
.....