

ANKIETA KWALIFIKACYJNA DOTYCZĄCA PRAKTYK ZAWODOWYCH

DYREKCJA

STUDIA STACJONARNE

PRAKTYKA ASYSTENCKA

II rok 150 godzin

.....
.....
w
ul.....

Dziedkanat Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach uprzejmie prosi o podanie n/ wymienionych danych dotyczących ubiegania się studenta (na własną prośbę) o odbycie praktyki zawodowej w Waszym ośrodku.

1. Stopień naukowy, nazwisko i imię dyrektora ośrodka:

.....

2. Stopień naukowy, nazwisko i imię kierownika praktyki / powinien to być mgr rehabilitacji –fizjoterapeuta:

.....

3. Profil medyczny kliniki czy też oddziału:

.....

4. Czy placówka posiada oddział całodobowy?

- TAK
- NIE

Dyrekcja wyraża zgodę na odbycie praktyki w terminie.....**05.02.2024 – 01.03.2024**.....
w naszym ośrodku przez studenta (kę)

.....
(imię i nazwisko)

**Podpis i pieczęć Dyrektora
lub Kierownika Rehabilitacji**

Data

.....