

ANKIETA KWALIFIKACYJNA DOTYCZĄCA PRAKTYK ZAWODOWYCH

DYREKCJA

STUDIA STACJONARNE

Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu – praktyka semestralna

V rok 510 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 ośrodka:

.....

4. Czy placówka posiada gabinet fizykoterapii i masażu?

> TAK

> NIE

5. Czy placówka posiada oddział całodobowy?

> TAK

> NIE

Dyrekcja wyraża zgodę na odbycie praktyki w terminie.....**11.03.2024 – 21.06.2024**.....
w naszym ośrodku przez studenta (kę)

.....

(imię i nazwisko)

**Podpis i pieczęć Dyrektora
lub Kierownika Rehabilitacji**

Data

.....