



Załącznik nr 1. Skierowanie na praktykę

**SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ  
DLA STUDENTÓW FIZJOTERAPII  
rok akademicki ..... / .....**

Imię i nazwisko praktykanta .....  
rok studiów ..... semestr .....  
numer albumu: .....

**Pełna nazwa jednostki medycznej, w której student będzie odbywał praktykę:**

.....  
.....

**Adres i telefon jednostki medycznej:**

.....  
.....

**Imię, nazwisko, tytuł zawodowy lub naukowy oraz stanowisko osoby, która ma kompetencje do podpisania Porozumienia / Umowy o organizację praktyk z Uczelnią:**

.....

**Imię, nazwisko i tytuł zawodowy lub naukowy zakładowego opiekuna praktyk:**

.....

**Termin odbycia praktyki:**

.....

**Rodzaj praktyki:**

.....

**Podpis Opiekuna praktyk na kierunku fizjoterapia**

**Potwierdzenie jednostki medycznej przyjmującej na praktykę zawodową  
(pieczętka instytucji oraz podpis i pieczętka imienna pracownika)**