

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i Nazwisko studenta

.....
Kierunek studiów

.....
Rok studiów

.....
Numer indeksu

Koordinator ds. praktyk na kierunku Fizjoterapia
Mgr Magdalena Poniatowska

Zwracam się z prośbą o indywidualne odbycie praktyki (nazwa praktyki)

.....
w roku studiów..... w semestrze (letnim/zimowym).....

w placówce (nazwa i adres placówki).....
.....
.....

Nieodpłatnym opiekunem praktyk będzie mgr fizjoterapii (imię i nazwisko opiekuna)

.....
Data i podpis studenta

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody (właściwe podkreślić, wypełnia Koordynator ds. Praktyk na kierunku Fizjoterapia)

.....
Data i podpis Koordynatora ds. praktyk na kierunku Fizjoterapia