

WZÓR NR 3

.....
Pieczęć szpitala

.....
miejsowość, data

Pan/Pani

.....
(imię i nazwisko studenta)

Zgoda na odbycie praktyki zawodowej

W odpowiedzi na Pana/Pani prośbę, wyrażam zgodę na odbycie bezpłatnej praktyki zawodowej na kierunku Fizjoterapia – studia niestacjonarne II stopnia, rok I, praktyka po semestrze II (FIZJOTERAPIA KLINICZNA - 270 godzin, w tym 220 godzin kontaktowych i 50 godzin niekontaktowych) w terminie od do
w Szpitalu

Jednocześnie informuję, że student w tutejszym szpitalu może odbyć praktykę (wykonywanie procedur z zakresu kinezyterapii, fizykoterapii i masażu) zgodnie z treściami programowymi tj:

- 1. Fizjoterapię w pediatrii – 100 godz.**
- 2. Fizjoterapię w kardiologii – 60 godz.**
- 3. Praktykę w pracowni/dziale/zakładzie fizjoterapii/rehabilitacji – 60 godz.**

Opiekunem praktyki będzie **MGR**
(spełnia on wymagania: mgr fizjoterapii/rehabilitacji z min. 2 – letnim stażem pracy w zawodzie).

.....
podpis i pieczęć Dyrekcji

Inne informacje ważne dla Dyrekcji szpitali.....