

.....  
Imię i nazwisko studenta  
Rok I  
Studia niestacjonarne

.....  
miejsowość, data

Kierownik Praktyk  
.....

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w semestrze II - **Praktyka asystencka/wdrożeniowa** ( 75 godzin ) w terminie od ..... do ..... w Szpitalu

.....  
Prośbę swoją uzasadniam tym, że .....  
**Jednocześnie, zobowiązuję się dostarczyć:**

1. wymagane dokumenty do szpitala, w którym będę odbywać praktykę (wg indywidualnych wymogów szpitali),
2. do sekretariatu IF przed rozpoczęciem praktyk: indywidualny harmonogram praktyk – zaakceptowany przez opiekuna praktyki,
3. do opiekuna praktyki - kserokopię ubezpieczenia NNW, kserokopię zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do studiowania na kierunku Fizjoterapia, kserokopię zaświadczenia o kursie BHP.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

.....

W załączeniu:

1. Zgoda Dyrekcji Szpitala na przyjęcie na praktyki