

.....
Imię i nazwisko studenta
Rok II SUM
Studia niestacjonarne

.....
miejsowość, data

Kierownik Praktyk
.....

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w semestrze IV -
Fizjoterapia kliniczna (450 godzin, w tym 380 godzin kontaktowych i 70 godzin
niekontaktowych) 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 (z indeksu).

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

.....

W załączeniu:

1. Zgoda Dyrekcji Szpitala na przyjęcie na praktyki