

.....
Pieczętka 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 uzupełniające magisterskie - IV sem. (FIZJOTERAPIA KLINICZNA - 450 godzin, w tym 380 godzin kontaktowych i 70 godzin niekontaktowych) w terminie od do w Szpitalu

Jednocześnie informuję, że student w tutejszym szpitalu może odbyć praktykę zgodnie z treściami programowymi tj:

1.	Fizjoterapia kliniczna w ortopedii i traumatologii
2.	Fizjoterapia kliniczna w reumatologii
3.	Fizjoterapia kliniczna w neurologii
4.	Fizjoterapia kliniczna w neurochirurgii
5.	Fizjoterapia kliniczna w pulmonologii
6.	Fizjoterapia kliniczna w onkologii
7.	Fizjoterapia kliniczna w geriatricznictwie
8.	Dobór i stosowanie zaopatrzenia ortopedycznego

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

Inne informacje ważne dla Dyrekcji szpitali.....

.....
Dyrekcja szpitala