

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

.....
miejsowość, data

Kierownik Praktyk
.....

Proszę o wyrażenie zgody na ZWOLNIENIE z praktyki zawodowej w IV semestrze - FIZJOTERAPIA KLINICZNA (450 godzin, w tym 380 godzin kontaktowych i 70 godzin niekontaktowych)

Oświadczam, że od..... jestem zatrudniony w.....
oraz charakter mojej pracy pozwala na spełnienie wymagań przewidzianych w programie praktyki:

ODDZIAŁY STACJONARNE POZWALAJĄCE NA REALIZACJĘ TREŚCI PROGRAMOWYCH 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 geriatricznosci
8.	Dobór i stosowanie zaopatrzenia ortopedycznego

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

.....

.....
podpis bezpośredniego przełożonego

.....
podpis dyrektora ośrodka

W załączeniu:

1. Zaświadczenie o zatrudnieniu

