

## WZÓR NR 2

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

.....  
miejsowość, data

### Kierownik Praktyk

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej po semestrze II -  
Fizjoterapia kliniczna (270 godzin, w tym 220 godzin kontaktowych i 50 godzin  
niekontaktowych) w terminie od ..... do .....  
w Szpitalu .....

Prośbę swoją uzasadniam tym, że .....

Jednocześnie, zobowiązuję się dostarczyć:

1. wymagane dokumenty do dyrekcji ośrodka służby zdrowia, w którym będę odbywać praktykę (wg indywidualnych wymogów ośrodków),
2. do opiekuna praktyk: sylabus do realizacji praktyki z fizjoterapii klinicznej, kserokopię ubezpieczenia NNW, kserokopię aktualnego zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do studiowania na kierunku Fizjoterapia.
3. do sekretariatu IF – max. do tygodnia od rozpoczęcia praktyk: indywidualny harmonogram praktyk – zaakceptowany przez opiekuna praktyki,

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

.....

W załączeniu:

1. Zgoda Dyrekcji Szpitala ..... na przyjęcie na praktyki