

WZÓR NR 4

Imię i nazwisko studenta
Fizjoterapia, rok I
Studia niestacjonarne II stopnia

miejsowość, data

Kierownik Praktyk

Proszę o wyrażenie zgody na ZWOLNIENIE z praktyki zawodowej po semestrze II - FIZJOTERAPIA KLINICZNA (270 godzin, w tym 220 godzin kontaktowych i 50 godzin niekontaktowych)

Oświadczam, że od..... jestem zatrudniona/y
w.....
oraz charakter mojej pracy pozwala na spełnienie wymagań przewidzianych w programie praktyki (**ODDZIAŁY STACJONARNE POZWALAJĄCE NA REALIZACJĘ TREŚCI PROGRAMOWYCH - FIZJOTERAPIA W PEDIATRII, FIZJOTERAPIA W KARDIOLOGII ORAZ REALIZACJĘ PRAKTYKI W PRACOWNI/DZIALE/ZAKŁADZIE FIZJOTERAPII/REHABILITACJI**).

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

.....

.....

.....

podpis bezpośredniego przełożonego

podpis dyrektora ośrodka

W załączeniu:

1. Zaświadczenie o zatrudnieniu