Procedura: UKJK-O-7Załącznik nr 12: **UKJK-O-7/12**

**PODANIE O ODBYCIE PRAKTYK ZAWODOWYCH
W TRYBIE INDYWIDUALNYM
NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA**

Lublin, dnia ...........................................

Imię i nazwisko .................................................................................................

Kierunek ………………………………………...............................................

Numer albumu / rok / tryb ......................... / ........................ / .........................

Adres

........................................................

........................................................

........................................................

nr tel. .............................................

**Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w trybie indywidualnym w:**

……………………………………………………………………………………………………………………….………………..
*(pełna nazwa oraz adres jednostki ochrony zdrowia)*

W zakresie praktyki: .............................................................................................................................................................................

na Oddziale: ..........................................................................................................................................................................................

w terminie od ................................. do ................................. - ..................... *(łączna liczba godzin).*

Instytucję reprezentuje ........................................................................................................... - ...........................................................
 *(imię i nazwisko)* *(stanowisko)*

Opiekunem praktyki z ramienia w/w Instytucji jest:

…………………………………………………………….…………………………………………………………………………..
*(imię i nazwisko Opiekuna)*

**Praktyki zawodowe będą realizowane bezpłatnie.**

.................................................................. ....................................................
 *(zgoda w/w Instytucji na odbycie praktyki)*  *(data i podpis Studenta)*

**Decyzja Dziekana Wydziału Nauk o Człowieku**

**LUBELSKIEJ AKADEMII WSEI**

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**\* na odbycie studenckiej praktyki zawodowej w trybie indywidualnym w w/w jednostce ochrony zdrowia.

...................................................................... ......................................................................
 *(podpis opiekuna kształcenia praktycznego) (data i podpis Dziekana)*

*\*Niepotrzebne skreślić*