……

(miejscowość, data)

PODANIE O ODBYCIE PRAKTYK ZAWODOWYCH W TRYBIE INDYWIDUALNYM DLA KIERUNKU FIZJOTERAPIA

Imię i nazwisko: .....

Kierunek: …….....

Numer albumu / rok studiów / tryb: ..... / ..... / .....

Numer telefonu: .....

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

Nazwa Organizatora Praktyki: .....

Adres Organizatora Praktyki: .....

NIP: .....

Zakres Praktyki: .....

Oddział: .....

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

Organizatora Praktyki reprezentuje: ..... – .....
(imię i nazwisko) *(stanowisko)*

Opiekun praktyki z ramienia Organizatora Praktyki: .....
(imię i nazwisko Opiekuna)

…… ……
(Zgoda Organizatora Praktyki – podpis i pieczęć) *(czytelny podpis Studenta)*

Uczelnia nie ponosi kosztów organizacji i realizacji praktyk zawodowych.

DECYZJA DZIEKANA WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU UNIWERSYTETU WSEI W LUBLINIE

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na odbycie studenckiej praktyki zawodowej w trybie indywidualnym u w/w Organizatora Praktyki.

…… ……
(podpis Uczelnianego Opiekuna Praktyk) *(data i podpis Dziekana)*

**Niepotrzebne skreślić*