KARTA ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH REALIZOWANYCH NA PLACÓWKACH POZA UCZELNLĄ

dla studentów V roku jednolitych studiów magisterskich

UNIWERSYTET OPOLSKI

**KIERUNEK FIZJOTERAPIA**

IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA:

ROK AKADEMICKI:

SEMESTR: X

|  |
| --- |
| **KARTA ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH** |
| Lp. | Przedmiot | Miejsce praktyk zawodowych | Termin | Liczba godzin zreali zowanych | Zaliczenie na ocenę (Z/O) | Podpis i pieczęć opiekuna praktyk |
| od | do |
| 1. | Fizjoterapia w reumatologii |  |  |  | 20 |  |  |
| 2. | Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii |  |  |  | 110 |  |  |
| 3. | Fizjoterapia w pulmonologii |  |  |  | 20 |  |  |
| 4. | Fizjoterapia w chirurgii |  |  |  | 20 |  |  |
| 5. | Fizjoterapia w kardiologiii kardiochirurgii |  |  |  | 20 |  |  |
| 6. | Fizjoterapia w ginekologiii położnictwie |  |  |  | 34 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot | Miejsce praktyk zawodowy ch | Termin | Liczba godzin zrealizowanych | Zaliczenie na ocenę (Z/O) | Podpis I pieczęć opiekuna praktyk |
| od | do |
| 7. | Fizjoterapia w pediatrii |  |  |  | 20 |  |  |
| 8. | Fizjoterapia w geriatrii |  |  |  | 20 |  |  |
| 9. | Fizjoterapia w psychiatrii |  |  |  | 50 |  |  |
| 10. | Fizjoterapia w onkologii i medycynie paliatywnej |  |  |  | 50 |  |  |

 podpis studenta podpis koordynatora praktyk na kierunku fizjoterapia

…………………………………………………………………… ……………………………………………………………….