………………….. ……...……………………

(Imię i nazwisko) (Miejscowość, data)

…………………..

…………………..

 (adres) ………………………………….

 (Dyrektor/Właściciel Placówki)

 ………………………………….

 ………………………………….

 ………………………………….

 (Nazwa i adres placówki)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie indywidualnej,

bezpłatnej **praktyki zawodowej z zakresu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Praktyka w zakresie | Suma godzin dydaktycznych do realizacji  | Semestr zimowy\* | Semestr letni\* |
| Fizjoterapia w ortopedii i traumatologii i medycynie sportowej | 188 | 188 | 0 |
| Fizjoterapia w wieku rozwojowym | 60 | 60 | 0 |
| Fizjoterapia w reumatologii | 80 | 60 | 20 |
| Fizjoterapia w kardiologii i kardiochirurgii | 80 | 60 | 20 |
| Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii | 160 | 50 | 110 |
| Fizjoterapia w chirurgii | 60 | 40 | 20 |
| Fizjoterapia w geriatrii | 60 | 40 | 20 |
| Fizjoterapia w pulmonologii | 60 | 40 | 20 |
| Fizjoterapia w pediatrii | 60 | 40 | 20 |
| Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie | 60 | 26 | 34 |
| Fizjoterapia w onkologii i medycynie paliatywnej | 60 | 10 | 50 |
| Fizjoterapia w psychiatrii | 60 | 10 | 50 |
| **Suma** | **988** | **624** | **364** |

\*zakreślić zakres, semestr i wymiar godzin

w okresie od………………………………………..do………………………………….

w wymiarze …………godzin dydaktycznych, celem zrealizowania efektów uczenia się przewidzianych
w programie odbywanej praktyki.

Opiekunem praktyki może być fizjoterapeuta z tytułem magistra posiadający co najmniej
5-letni staż pracy w zawodzie

Jestem studentką (-em) **V roku** kierunku Fizjoterapia, studia stacjonarne /niestacjonarne
jednolite magisterskie na Uniwersytecie Opolskim w Opolu.

 Z poważaniem

 ……...……………………………….

 (podpis)

Decyzja i podpis Dyrektora/Właściciela Placówki:

…………………………………………………….

 **"Zakład Pracy" reprezentowany przez .......................**

 **z siedzibą w.................zarejestrowany w ....................**

 **pod numerem (KRS lub Ew. Dz.Gosp.) ......................**