Opole, .................................

SKIEROWANIE NA PRAKTYKI INDYWIDUALNE

**Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego** kieruje:

Studenta/kę kierunku fizjoterapia: ....................................................................................................................................................

studia stacjonarne/niestacjonarne (niewłaściwe skreślić)

do odbycia praktyki zawodowej w Placówce: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

w terminie od ......................................................................................do ..........................................................................................

w zakresie: ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

wymiar godzin: ..................................................................................................................................................................................

**Opiekun praktyk** wyznaczony przez Dyrekcję Placówki: ..............................................................................................................................................................................................................

………………………………………………………………

Pieczatka i podpis pracownika Biura Dydaktyki i Spraw studenckich

odpowiedzialnego za praktyki na kierunku fizjoterapia