………………….. ……...……………………

(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 zakresu:…………………………………………………………………..  
…………………………………………………………………………………………………...w okresie od………………………………………..do………………………………….  
w wymiarze …………godzin dydaktycznych, celem zrealizowania efektów uczenia się przewidzianych w programie odbywanej praktyki.

Jestem studentką (-em) ……roku kierunku Fizjoterapia, studia stacjonarne /niestacjonarne jednolite magisterskie/ drugiego stopnia 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.) ......................**