………………….. ……...……………………

(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.) ......................**