Załącznik nr 17
do Instrukcji realizacji praktyk na jednolitych studiach magisterskich
na kierunku Fizjoterapia na Uniwersytecie Opolskim

…….. ……..……

(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 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.) .....