

Miejscowość, data:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....
(Dyrektor/Właściciel Placówki)

.....
.....
.....
.....
(Nazwa i adres placówki)

SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

Biuro Spraw Studenckich Uniwersytetu Opolskiego zwraca się z prośbą o wyrażenie zgody dla studentki (-ta) roku kierunku Fizjoterapia, studia stacjonarne jednolite magisterskie na realizację w Państwa Placówce praktyki zawodowej z zakresu: w okresie od do w wymiarze godzin dydaktycznych.

Biuro Spraw Studenckich

Uniwersytet Opolski

Wyrażam zgodę:

.....
Data, podpis i pieczęć dyrektora/właściciela placówki