

Miejscowość, data:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania :

.....
(Dyrektor/Właściciel Placówki)

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

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie indywidualnej, bezpłatnej praktyki z zakresu: w okresie od do w wymiarze godzin dydaktycznych, w celu 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.)