Akademia Wychowania Fizycznego

 im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

 Filia w Gorzowie Wielkopolskim

 66-400 Gorzów Wielkopolski, ul. Estkowskiego 13

 tel. 957279100, NIP: 777-00-03-185

**SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ REALIZOWANĄ W RAMACH KSZTAŁCENIA FIZJOTERAPEUTYÓW
W ZAKRESIE JEDNOLITYCH STUDIÓW MAGISTERSKICH NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA**

…………………………………………………, Gorzów Wielkopolski, dnia …………………………

imię i nazwisko studenta

………………………………………

numer albumu (indeksu)

……………………………………………… adres stałego zamieszkania

Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu – Filia w Gorzowie Wielkopolskim zwraca się
z prośbą o przyjęcie na **praktykę asystencką** w wymiarze **150 godz**. dydaktycznych w**\*:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

w/w studenta **I roku** Jednolitych Studiów Magisterskich kierunku FIZJOTERAPIA.

Praktyka odbędzie się w terminie ………………………………………………………

Student oświadcza, że zapoznał się z Regulaminem Praktyk oraz posiada **aktualne ubezpieczenie OC i NNW na praktyce** o

numerze polisy ………………………….…. ………, …………..……………………………………………………………………..

nazwa ubezpieczyciela

Okres ubezpieczenia od ………..……… do ………..………

Szczepienie na **WZW typu B** z dnia ………………………

…………………………………………………………………….

Podpis studenta (imię i nazwisko)

**Wyrażam zgodę na przyjęcie w/w studenta na fizjoterapeutyczną praktykę zawodową\*\***

**(wypełnia placówka przyjmująca studenta)**

………………………………………………………………………………………………..…………………………………. pieczątka imienna i podpis dyrektora lub osoby upoważnionej do podpisywania porozumień z uczelnią

…………………………………………………………………………………………………………………………………... imię, nazwisko, tytuł zawodowy, nr prawa wykonywania zawodu opiekuna praktyk w placówce\*\*\*

…………………………………………………………………………………………………………………………………….
dokładna nazwa i adres placówki, w której będzie realizowana praktyka

……………………………………………………………………………………………………………………………………. pieczęć placówki przyjmującej studenta

\* *nazwa i adres podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 89 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260), zwanego dalej „podmiotem leczniczym”, w którym ma być odbywana praktyka*

*\*\* praktyka nieodpłatna, \*\*\* co najmniej magister fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej*