*Załącznik nr 17* *do Zarządzenia nr 95/2020*

………………………. …………………….dnia……………

 (pieczęć)

**Opinia o przebiegu praktyki**

…………………………………………….………. studenta(ki) …………… roku kierunku

Fizjoterapia Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, odbywającego praktykę w …………………………………………………………………………………………………. w okresie do ……………… do ……………….

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Ocena praktyki: ……………………………

…………………………….

 (podpis opiekuna)