

UNIWERSYTET  
Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Instytut Nauk o Zdrowiu  
25-316 Kielce, al. IX Wieków Kielc 19a  
tel. 41/349-69-54

Kielce, dnia.....

.....  
(miejsce na pieczęć Instytutu)

**Sz. Pani/Pan**

.....  
.....  
.....  
.....  
(Imię i nazwisko dyrektora, nazwa placówki z adresem)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie na studencką praktykę zawodową .....  
godzin, .....  
(liczba godzin, miejsce)

Panią /Pana/....., Studenta/Studentkę ..... roku  
(Imię i nazwisko studenta)  
studia jednolite magisterskie na kierunku *Fizjoterapia*, studia niestacjonarne, Collegium  
Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.

Proszę jednocześnie o wyznaczenie spośród pracowników opiekuna praktyki.

Cel i zakres praktyki określa regulamin znajdujący się w Dzienniku Praktyk Studenckich.

Proszę o przychylne ustosunkowanie się do naszej prośby i umożliwienie odbycia praktyki  
przez naszego studenta na podanych wyżej zasadach oraz z zachowaniem warunków  
bezpieczeństwa zgodnie z aktualnymi przepisami i wytycznymi Głównego Inspektora  
Sanitarnego.

Z wyrazami szacunku  
*Kierunkowy Opiekun Praktyk*  
*dr n o zdr. Paulina Sztandera*

Wyrażam zgodę:

.....  
(podpis osoby upoważnionej)