

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/Studentkęroku
(Imię i nazwisko studenta)
studia jednolite magisterskie na kierunku *Fizjoterapia*, studia stacjonarne, 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. Anna Zmyślna

Wyrażam zgodę:

.....
(podpis osoby upoważnionej)