

.....
(pieczęć placówki, miejsca praktyk)

..... dnia

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu
al. IX Wieków Kielc 19a

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki zawodowej w:
.....

(pełna nazwa placówki)

Przez Pana(ią)..... student(ka),roku
studiów kierunku Fizjoterapia w okresie od do

Opiekunem praktyki będzie
(imię i nazwisko)

Opiekun posiada wykształcenie wyższe w zakresie fizjoterapii i letni staż pracy.

Jednocześnie informuję, że uzgodniono z zainteresowanym(ą) studentem(tką), iż praktyka
odbywać się będzie bezpłatnie.

Wyrażam zgodę

.....
(podpis osoby upoważnionej)