



# Warszawska Uczelnia Medyczna im. Tadeusza Koźłuka

ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa

www.wumed.edu.pl

.....  
imię i nazwisko

.....  
kierunek - tryb studiów

...../...../.....  
semestr - grupa nr albumu

.....  
adres

.....

.....  
adres e-mail (czytelnie)  
telefon

Warszawa, dnia .....

Wpłynęło dnia .....

Nr rejestru .....

Podpis przyjmującego .....

## KOORDYNATOR ds. Fizjoterapii

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na realizację we własnym zakresie praktyk zawodowych przewidzianych w programie studiów na kierunku Fizjoterapia, z zakresu oraz w liczbie godzin:

1. ....
2. ....
3. ....

.....  
(podpis studenta)

Wyrażam zgodę na odbycie praktyk zawodowych w placówce (**dane lub pieczętka placówki oraz pisemna zgoda placówki**):

.....  
.....

1. Zakład/ Dział/oddział .....
2. Opiekun praktyk zawodowych .....
3. Termin praktyk zawodowych .....
4. Zgoda placówki: Wyrażam zgodę, Nie wyrażam zgody<sup>1</sup>

.....  
Opiekun praktyk zawodowych

DECYZJA

.....  
.....

---

<sup>1</sup> Właściwe podkreślić