Koszalin, dnia …………………………………………………

………………………………………………………..

(imię i nazwisko studenta, nr albumu)

……………………………………………………….

(nazwa studiów)

………………………………………………………..

(nr telefonu / adres e-mail)

**Dyrektor**

**Instytutu Kultury Fizycznej i Zdrowia**

**Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej**

**w Koszalinie**

**P O D A N I E**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zaliczenie praktyk zawodowych na kierunku **fizjoterapia** (właściwe podkreślić):

- Praktyka asystencka (150 godz. II sem.)

- Wakacyjna praktyka z kinezyterapii (300 godz. IV sem.)

- Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu (100 godz. V sem.)

- Wakacyjna praktyka profilowana - wybieralna (200 godz. VI sem.)

- Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu (100 godz. VII i VIII sem.)

- Wakacyjna praktyka profilowana-wybieralna (200 godz. VIII sem.)

**Załączniki do podania:**

1. Zaświadczenie potwierdzające przebieg pracy zawodowej, okres zatrudnienia, staż pracy, zakres obowiązków/czynności zawodowych;
2. Dokumenty potwierdzające przygotowanie zawodowe.

………………………………………..

(podpis studenta)

**OPINIA OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH
NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA**

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

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

………………………………………..

(podpis i pieczęć)

**DECYZJA DYREKTORA INSTYTUTU KULTURY FIZYCZNEJ I ZDROWIA**

**PWSZ W KOSZALINIE**

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

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

………………………………………..

(podpis i pieczęć)

……………………………………………, dnia …………………………………………………

(miejscowość)

**ZAŚWIADCZENIE**

**POTWIERDZAJĄCE PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ,**

**OKRES ZATRUDNIENIA, STAŻ PRACY,**

**ZAKRES OBOWIĄZKÓW/CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH**

**STUDENTA**

**UBIEGAJĄCEGO
SIĘ O ZALICZENIE PRAKTYK ZAWODOWYCH**

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

(imię i nazwisko studenta)

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(miejsce zatrudnienia – nazwa Zakładu Pracy)

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

(stanowisko)

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

(okres zatrudnienia)

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

(zakres wykonywanych obowiązków/czynności zawodowych)

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(miejsce zatrudnienia – nazwa Zakładu Pracy)

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

(stanowisko)

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

(okres zatrudnienia)

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

(zakres wykonywanych obowiązków/czynności zawodowych)

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(miejsce zatrudnienia – nazwa Zakładu Pracy)

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

(stanowisko)

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

(okres zatrudnienia)

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

(zakres wykonywanych obowiązków/czynności zawodowych)

………………………………………………………..……..

(podpis i pieczęć Dyrektora Zakładu Pracy

lub Kierownika Działu Kadr)