Akademia WSB
ul. Cieplaka 1C
41-300 Dąbrowa Górnicza
Tel. (32) 262-28-05

Dąbrowa Górnicza, dnia. ……..... **r.**

KARTA OBIEGOWA PRAKTYKI ZAWODOWEJ KIERUNEK FIZJOTERAPIA AKADEMIA WSB W DĄBROWIE GÓRNICZEJ

Imię i Nazwisko:				Numer albumu:	
Wydział*	Dąbrowa Górnicza		Gliwice	Tychy	Katowice
Rok:		Semestr:		Forma studiów:	stacjonarne/ niestacjonarne*

*Podkreślić prawidłowe

WYKAZ PRAKTYK STUDENCKICH

Poniższa tabela przedstawia rodzaje praktyk zawodowych wraz z okresem ich realizacji. Proszę o postawienie znaku „X” w odpowiednim polu Zaliczone lub Niezaliczone zgodnie z przebiegiem praktyki.

Lp.	Rodzaj praktyki zawodowej	Okres realizacji praktyki	Zaliczone*	Niezaliczone*
1.	Praktyka asystencka	Po II sem.		
2.	Praktyka z Kinezyterapii	Po IV sem.		
3.	Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu	W trakcie trwania V sem.		
4.	Praktyka profilowana – wybieralna	Po VI sem.		
5.	Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu	W trakcie trwania VII sem.		
6.	Praktyka profilowana – wybieralna	Po VIII sem.		

……. ……
(data) (pieczęć i podpis pracownika dziekanatu)

POTWIERDZENIE ROZLICZENIA PRAKTYK STUDENCKICH PEŁNOMOCNIKA FIZJOTERAPII

Potwierdza się, ukończenie ostatniej praktyki zawodowej w ramach studiów na kierunku fizjoterapia, co stanowi **kompletne rozliczenie z realizacji praktyk zawodowych.**

Lp.	Rodzaj praktyki zawodowej	Okres realizacji praktyki	Zaliczone	Niezaliczone
7.	Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu	W trakcie trwania X sem.		

……. ……
(data) (pieczęć i podpis Pełnomocnika Rektora ds. Praktyk i zajęć klinicznych)