Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Dziekanat ……………………………………………

Wydziału Nauk Medycznych w Katowicach nazwisko i imię studenta

 40-752 Katowice ul. Medyków 18

 Tel. 32 2088663

……………………………………………

 numer albumu

**POTWIERDZENIE ODBYCIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ PO I ROKU STUDIÓW**

**KIERUNKU NEUROBIOLOGIA (4-tygodniowa praktyka 120 godzin)**

Wydziału Nauk Medycznych w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

**Celem praktyki jest:**

**1. Zdobycie orientacji w systemie organizacyjnym jednostki naukowo-badawczej/zakładu opieki zdrowotnej/ ośrodka terapii uzależnień.**

**2. Zaznajomienie studenta z profilem badawczym lub terapeutycznym w zależności od specyfik wybranej placówki.**

**3. Zdobycie umiejętności wykonywania podstawowych metod badawczych w zakresie neurobiologii lub zabiegów neurorehabilitacyjnych w zależności od specyfiki wybranej placówki.**

**Potwierdzam zaliczenie efektów uczenia się i zrealizowanie programu w zakresie treści objętych praktyką w okresie od ........................ do …….............**

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

 pieczątka ogólna jednostki Podpis i pieczęć funkcyjna Kierownika Kliniki lub Ordynatora

 ……………………………………………………….

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk SUM