

Imię i nazwisko studenta ..... Data..... nr indeksu.....  
Rok studiów.....  
Praktyka.....  
Termin praktyki: od.....- do .....

**KARTA PLACÓWKI  
/OŚWIADCZENIE/**

Nazwa placówki.....  
Adres.....  
.....  
Kontakt.....  
Kierownik placówki.....  
Opiekun praktyki z ramienia Placówki.....  
(minimum 2 letni staż pracy z pacjentem)

**WAŻNE: Czy placówka jest w rejestrze RPWDL – TAK / NIE <sup>1)</sup>**

**W placówce student może zrealizować praktykę w zakresie fizjoterapia w <sup>1)</sup>:**

- kinezyterapii.....– tak / nie
- fizykoterapii.....– tak / nie
- masażu ..... – tak / nie
- ortopedii traumatologii i medycyny sportowej .....– tak / nie
- reumatologii.....– tak / nie
- geriatrici.....– tak / nie
- neurologii i neurochirurgii.....– tak / nie
- wieku rozwojowym.....– tak / nie
- kardiologii i kardiologii.....– tak / nie
- pulmonologii.....– tak / nie
- chirurgii.....– tak / nie
- ginekologii i położnictwie..... – tak / nie
- pediatrii..... – tak / nie
- psychiatrii .....– tak / nie
- onkologii i medycynie paliatywnej..... – tak / nie

1) proszę określić zaznaczyć właściwe

.....  
Podpis i pieczęć Kierownika Placówki