

KARTA ROZLICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH Z FIZJOTERAPII

STUDIA: Stacjonarne/Niestacjonarne*

..... ROK STUDIÓW W ROKU AKADEMICKIM 2024/2025 *niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko:

Nr albumu:

PRZEDMIOT	POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA WYMAGANYCH DOKUMENTÓW W DZIEKANACIE WNOZ W KATOWICACH	PLACÓWKA REALIZACJI/LICZBA GODZIN
..... (wpisz nazwę przedmiotu praktyk zawodowych) (data i podpis osoby upoważnionej w Dziekanacie)	Nazwa placówki: Czas realizacji (daty): Liczba godzin dydaktycznych: h
..... (wpisz nazwę przedmiotu praktyk zawodowych) (data i podpis osoby upoważnionej w Dziekanacie)	Nazwa placówki: Czas realizacji (daty): Liczba godzin dydaktycznych: h

Kartę rozliczenia praktyk zawodowych należy w umówiony sposób dostarczyć do opiekuna merytorycznego praktyk zawodowych ze strony Uczelni oraz przechowywać (wszyc) w Dzienniku Praktyk Studenckich