

Data.....

Imię i nazwisko studenta nr indeksu.....

Rok studiów.....

Praktyka.....

Termin praktyki: od.....- do

**KARTA PLACÓWKI
/OŚWIADCZENIE/**

Nazwa placówki.....

Adres

Kierownik placówki.....

Opiekun praktyki z ramienia Placówki.....
(mgr fizjoterapii/rehabilitacji oraz minimum 2 letni staż pracy z pacjentem)

Student będzie realizował praktykę **8 x 45min/dziennie** TAK / NIE => inny wymiar godzin **45 min**/dziennie

Student będzie realizował praktykę również w soboty TAK / NIE

Student realizuje praktykę w wymiarze 8 godzin dydaktycznych (8 x 45min) na dobę z wyłączeniem dni wolnych od pracy. Przedłużenie dobowego wymiaru praktyki jest dopuszczalne za zgodą praktykanta i placówki, jednak nie więcej niż do 12 godzin dydaktycznych (12 x 45 min).

WAŻNE: Czy placówka jest w rejestrze RPWDL jako podmiot leczniczy – TAK / NIE

*Studenti nie mogą realizować praktyk w placówce będącej indywidualną praktyką fizjoterapeutyczną

W placówce student może zrealizować praktykę w zakresie fizjoterapia w :

- 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

.....
Podpis i pieczęć Kierownika Placówki