

KARTA ZALICZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH
na kierunku fizjoterapia jednolite studia magisterskie
realizowane w formie stacjonarnej/niestacjonarnej*
(*właściwe podkreślić)

Imię i nazwisko studenta:
Nr albumu:
Rok akademicki:
Zakres praktyki:.....

Liczba godzin	Od dnia	Do dnia	Pieczęć placówki	Data	Podpis i pieczęć opiekuna praktyki

Dokument sporządzono na podstawie:

- dziennika praktyk
- innych dokumentów (proszę wymienić):

Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej:

Zaliczam praktykę zawodową w wymiarze.....godzin.

.....
data

.....
podpis i pieczęć dziekana/prodziekana

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Zdrowia z siedzibą w Gdańsku przy ul. Pelplińskiej 7 (80-335). Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji przedmiotu działalności edukacyjnej WSZ na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), b), c) i lit. f) RODO.

Oryginał karty zaliczenia praktyk zawodowych, wypełniony i podpisany przez opiekuna praktyk, należy przekazać wraz z dziennikiem praktyk do Biura Karier.