

OPINIA OPIEKUNA PRAKTYKI O PRAKTYKANCIE
na kierunku fizjoterapia jednolite studia magisterskie

Imię i nazwisko studenta:

Nr albumu:

Rok akademicki:

Zakres praktyki:.....

Pieczęć placówki:.....

1. Ogólna opinia o praktykancie:

.....
.....
.....
.....
.....

2. Ocena przygotowania teoretycznego studenta do wykonywanej pracy:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Ocena umiejętności praktycznych:

.....
.....
.....
.....
.....

4. Ocena kompetencji społecznych:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć opiekuna praktyki

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.

Opinię opiekuna praktyki o praktykancie wypełnioną i podpisaną przez opiekuna praktyki, należy przekazać wraz z kartą zaliczenia praktyk zawodowych i dziennikiem praktyk do Biura Karier.