

 *ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów, tel.: 14 63 10 771, fax: 14 63 16 600*

KATEDRA FIZJOTERAPII

**Szczegółowy wykaz realizacji praktyk zawodowych**

**(harmonogram godzinowy)**

*Imię i nazwisko studenta:..*…………………………………………………………………………………………………..

*Rok studiów:……………………………………………………………. Numer albumu:………………………………..*

*Rodzaj praktyki:……………………………………………………………………………………………………………………*

*Termin praktyki:*…………………………………………………………………………………………………………………..

Miejsce odbywania praktyki ……………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Godzina rozpoczęcia i zakończenia praktyki**  | **Liczba godzin dydaktycznych** |
|  |  |  |

Liczba godzin łącznie:

Pieczęć placówki Pieczęć i podpis opiekuna praktyki

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Godziny odbywania praktyki** | **Liczba godzin dydaktycznych** |
|  |  |  |

 Liczba godzin łącznie:

Pieczęć placówki Pieczęć i podpis opiekuna praktyki