



### WYKAZ IMIENNY PRAKTYK ZAWODOWYCH

zrealizowanych przez opiekuna .....

*imię i nazwisko opiekuna*

w roku akademickim ..... w Oddziale/Dziale Szpitala .....

**Praktyki zawodowe dotyczą studentów studiów stacjonarnych jednolitych magisterskich na kierunku Fizjoterapia.**

Praktyka zawodowa w zakresie .....

Lp.	Imię i nazwisko studenta	Termin realizacji od ..... do.....	Łączny wymiar godzin

.....  
Miejscowość, data  
Zawodowych

.....  
Czytelny podpis Opiekuna Praktyk

.....  
Czytelny podpis Koordynatora Praktyk Zawodowych



AKADEMIA  
NAUK STOSOWANYCH  
W ŁOMŻY



WYDZIAŁ  
NAUK O ZDROWIU