

AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
im. Jerzego Kukuczki
DZIEKANAT WYDZIAŁU FIZJOTERAPII
PRAKTYKI STUDENCKIE
40-065 Katowice, ul. Mikołowska 72a
tel. 032 207-53-51

ANKIETA KWALIFIKACYJNA DOTYCZĄCA PRAKTYKI

DYREKCJA

STUDIA STACJONARNE

PRAKTYKA ASYSTENCKA

II rok 150 godzin

.....

.....

w

ul.....

Dziedkanat Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach uprzejmie prosi o podanie niżej wymienionych danych dotyczących ubiegania się studenta (na własną prośbę) o odbycie praktyki w Waszym ośrodku.

1. Stopień naukowy, nazwisko i imię dyrektora ośrodka:

.....

2. Stopień naukowy, nazwisko i imię kierownika praktyki / powinien to być mgr rehabilitacji –fizjoterapeuta:

.....

3. Profil medyczny kliniki czy też oddziału:

.....

4. Czy placówka posiada oddział całodobowy?

- TAK
- NIE

Dyrekcja wyraża zgodę na odbycie praktyki w terminie.....
w naszym ośrodku przez studenta (kę)

.....

(imię i nazwisko)

**Podpis i pieczęć Dyrektora
lub Kierownika Rehabilitacji**

Data

.....

ANKIETA KWALIFIKACYJNA DOTYCZĄCA PRAKTYKI

DYREKCJA

STUDIA STACJONARNE

WAKACYJNA PRAKTYKA Z KINEZYTERAPII

II rok 300 godzin

W

ul.....

Dziedzinat Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach uprzejmie prosi o podanie niżej wymienionych danych dotyczących ubiegania się studenta (na własną prośbę) o odbycie praktyki w Waszym ośrodku.

1. Stopień naukowy, nazwisko i imię dyrektora ośrodka:

.....

2. Stopień naukowy, nazwisko i imię kierownika praktyki / powinien to być
mgr rehabilitacji –fizjoterapeuta:

.....

3. Profil medyczny kliniki czy też oddziału:

.....

4. Jakie procedury wykonywane są w zakresie fizykoterapii?

.....

.....

.....

5. Jakie procedury wykonywane są w zakresie kinezyterapii?

.....

.....

Dyrekcja wyraża zgodę na odbycie praktyki w terminie.....
w naszym ośrodku przez studenta (kę)

.....

(imię i nazwisko)

Podpis i pieczęć Dyrektora
lub Kierownika Rehabilitacji

Data

.....

ANKIETA KWALIFIKACYJNA DOTYCZĄCA PRAKTYKI

DYREKCJA

STUDIA STACJONARNE

Praktyka z fizjoterapii klinicznej, fizykoterapii i masażu

.....

.....

W

III/IV/V rok 100 godzin

ul.....

Dziekanat Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach uprzejmie prosi o podanie niżej wymienionych danych dotyczących ubiegania się studenta (na własną prośbę) o odbycie praktyki w Waszym ośrodku.

1. Stopień naukowy, nazwisko i imię dyrektora ośrodka:

.....

2. Stopień naukowy, nazwisko i imię kierownika praktyki / powinien to być mgr rehabilitacji –fizjoterapeuta:

.....

3. Profil medyczny ośrodka:

.....

4. Czy placówka posiada gabinet fizykoterapii i masażu?

- > TAK
- > NIE

5. Czy placówka posiada oddział całodobowy?

- > TAK
- > NIE

Dyrekcja wyraża zgodę na odbycie praktyki w terminie.....
w naszym ośrodku przez studenta (kę)

.....

(imię i nazwisko)

**Podpis i pieczęć Dyrektora
lub Kierownika Rehabilitacji**

Data

.....

ANKIETA KWALIFIKACYJNA DOTYCZĄCA PRAKTYKI

DYREKCJA

STUDIA STACJONARNE

Wakacyjna praktyka profilowana - wybieralna

IV/V rok 200 godzin

W

ul.....

Dziedzinat Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach uprzejmie prosi o podanie niżej wymienionych danych dotyczących ubiegania się studenta (na własną prośbę) o odbycie praktyki w Waszym ośrodku.

6. Stopień naukowy, nazwisko i imię dyrektora ośrodka:

.....

7. Stopień naukowy, nazwisko i imię kierownika praktyki / powinien to być mgr rehabilitacji –fizjoterapeuta:

.....

8. Profil medyczny ośrodka:

.....

9. Czy placówka posiada gabinet fizykoterapii i masażu?

➤ TAK
➤ NIE

10. Czy placówka posiada oddział całodobowy?

➤ TAK
➤ NIE

11. Czy placówka posiada gabinet kinezyterapii?

➤ TAK
➤ NIE

Dyrekcja wyraża zgodę na odbycie praktyki w terminie.....
w naszym ośrodku przez studenta (kę)

.....
(imię i nazwisko)

**Podpis i pieczęć Dyrektora
lub Kierownika Rehabilitacji**

Data

.....