

ANKIETA KWALIFIKACYJNA DOTYCZĄCA PRAKTYK ZAWODOWYCH

DYREKCJA

STUDIA NIESTACJONARNE

PRAKTYKA KLINICZNA

II rok 253 godziny

.....
.....
w
ul.....

Dziedkanat Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach uprzejmie prosi o podanie n/ wymienionych danych dotyczących ubiegania się studenta (na własną prośbę) o odbycie praktyki zawodowej 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.....
(zaliczenie praktyki do 28.05.2021)
w naszym ośrodku przez studenta (kę)

.....
(imię i nazwisko)

**Podpis i pieczęć Dyrektora
lub Kierownika Rehabilitacji**

Data

.....

Zgoda na odbycie praktyki (**opiekun AWF**): TAK NIE
(podpis)

Data.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zgodnie z nowelizacją przepisów Ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług z dnia 01 listopada 2019r. dotyczącą stosowania mechanizmu podzielonej płatności nasza placówka posiada rachunek bankowy „split payment”, który umożliwia dokonywanie płatności w systemie podzielonej płatności.


RADA PRAWNY
Jerzy Rożek