

Wydział Nauk o Zdrowiu

Pl. Hallera 1, 90-647 Łódź

 Łódź, dn.………………………….. r.

**SKIEROWANIE NA PRAKTYKI**

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi kieruje:

Panią/Pana………………………………………………………………………………………………………………………….

studenta …… roku studiów na kierunku Fizjoterapia - jednolite studia magisterskie

posiadającego legitymację nr………………………….

PESEL……………………………………….

Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy ……………………………………..

na praktyki do…………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Uprzejmie prosimy o realizację programu praktyk zgodnie z przedstawionym przez studenta programem praktyk.