

.....  
(Nazwisko i imię studenta)

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Nr albumu)

.....  
(rok studiów / kierunek/ stopień studiów)

**WNIOSEK (WFZ)**  
**o wyrażenie zgody na zorganizowanie praktyki we własnym zakresie**

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki zawodowej w:

.....  
nazwa i adres Podmiotu

w terminie.....zgodnie z załączoną kartą praktyki

Przedmiot/nazwa/zakres praktyki	Wymiar godzin dydaktycznych	Oddział/placówka

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie przez Uczelnię moich danych osobowych zawartych we wniosku Podmiotowi, o którym mowa powyżej, w celu uzyskania zgody na realizację praktyki zgodnie z wnioskiem.

.....  
data i podpis studenta

<sup>1</sup> Załącznik zmieniony zarządzeniem nr 191/XVI R/2024 Rektora UMW z dnia 10 września 2024 r.

---

**Zgoda Podmiotu, w którym będzie realizowana praktyka:**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na odbycie praktyki zgodnie z załączoną kartą praktyk.

przez studenta .....  
imię i nazwisko

W .....  
nazwa i adres Podmiotu

Podmiot stwarza wszelkie możliwości na realizację praktyki zawodowej zgodnie z przewidywanym programem praktyki.

Wyznaczam na opiekuna praktyki: .....  
imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez Podmiot do kształcenia praktycznego

.....  
nr tel. opiekuna praktyki w placówce  
nr prawa wykonywania zawodu\*\*  
*(dotyczy kierunków pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia, ratownictwo medyczne, nie dotyczy kierunków dietetyka i zdrowie publiczne)*

.....  
data, pieczęć, podpis dyrektora/kierownika Podmiotu

---

**dla kierunku fizjoterapia:**

**studia jednolite mgr:** fizjoterapeuta, posiadający prawo wykonywania zawodu, z tym, że praktyka asystencka może być realizowana pod kierunkiem lekarza rehabilitacji, a nadzór nad prowadzeniem praktyk sprawuje opiekun praktyk z uczelni

---

**Rozstrzygnięcie Dziekana w zakresie objętym wnioskiem**

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki/Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki\*

**Uzasadnienie** (w przypadku niewyrażenia zgody).....

.....  
.....

.....  
data i podpis Dziekana

---

\* niewłaściwe skreślić

\*\* dotyczy prawa wykonywania zawodu

# Kryteria doboru miejsc odbywania praktyk zawodowych studentów Wydziału Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

## dla kierunku Fizjoterapia

.....  
data

.....  
pieczęć placówki

I.p.	Informacje dotyczące placówki	TAK	NIE
<b>1</b>	Jednostka świadczy szeroki zakres usług diagnostycznych i leczniczych, terapeutycznych i/lub rehabilitacyjnych		
<b>2</b>	Realizacja świadczeń (usług) w placówce jest zgodna z obowiązującymi uregulowaniami prawnymi w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa oraz standardami i właściwymi procedurami dla profilu działalności		
<b>3</b>	Charakter i zakres świadczeń (usług) jednostki umożliwia realizację efektów kształcenia kierunkowego		
<b>4</b>	Placówka dysponuje odpowiednim zapleczem (sprzęt i materiały niezbędne do realizacji efektów kształcenia) umożliwiającym doskonalenie umiejętności praktycznych w rzeczywistych warunkach pracy :		
	Oddziały kliniczne		
	Pracownia kinezyterapii		
	Pracownia fizykoterapii		
	Zaplecze gastronomiczne		
<b>5</b>	Placówka zobowiązuje się do wyznaczenia spośród personelu zatrudnionego osoby – opiekuna praktyki w placówce, posiadającej co najmniej wykształcenie wyższe*, bądź inne wykształcenie mające zastosowanie przy udzielaniu świadczeń właściwych dla realizacji praktyki		

\*dla kierunku fizjoterapia – mgr fizjoterapii lub mgr rehabilitacji ruchowej, lekarz ze specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej, medycyny fizykalnej i balneoklimatologii lub lekarze różnych specjalności z rozpoczętą specjalizacją w w.w. dziedzinach.

.....  
Imię i nazwisko opiekuna praktyki w placówce

.....  
miejsce, data, imienna pieczęć i podpis osoby upoważnionej