

.....
(Nazwisko i imię studenta)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Nr albumu)

.....
(kierunek / poziom studiów / forma studiów / rok 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 załączonym Programem praktyk/ kartą
praktyki zawodowej

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

¹ Zmieniony zarządzeniem nr 127/XVI R/2025 Rektora UMW z dnia 31 lipca 2025 r.

Zgoda Podmiotu, w którym będzie realizowana praktyka:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na odbycie praktyki zgodnie z załączonym Programem praktyk/kartą praktyki zawodowej

przez studenta
imię i nazwisko

W
nazwa i adres Podmiotu

Podmiot stwarza wszelkie możliwości na realizację praktyki zawodowej zgodnie z Programem praktyk/kartą praktyki zawodowej.

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, elektroradiologia, nie dotyczy kierunków dietetyka, zdrowie
publiczne, psychologia)

.....
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
1	Jednostka świadczy szeroki zakres usług diagnostycznych i leczniczych, terapeutycznych i/lub rehabilitacyjnych		
2	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		
3	Charakter i zakres świadczeń (usług) jednostki umożliwia realizację efektów kształcenia kierunkowego		
4	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		
5	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

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