…………………………….. Miejscowość:………………

Imię i nazwisko studenta Data:……………………….

……………………………..

Nr albumu

…………………………….

Rok studiów

…………………………….

Adres e-mail studenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że studenci, realizujący praktyki w ośrodku ……………………….…………………………………………………………………………..będą mogli w całości zrealizować program praktyk dla studentów V roku Fizjoterapii, a ośrodek spełnia wymogi zawarte w formularzu wyboru i oceny ośrodka do realizacji praktyk studenckich na kierunku Fizjoterapia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

……………………………………………

Podpis i pieczątka Kierownika Ośrodka