



## Rejestracja praktyk zawodowych na kierunku – fizjoterapia, technik masażysta.

Student lub słuchacz zgłaszający się na praktyki zawodowe w Centrum Rehabilitacji Leczniczej przy Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku powinien posiadać skierowanie wystawione przez jednostkę edukacyjną kierującą na praktyki. Placówka edukacyjna powinna mieć podpisaną umowę na organizację praktyk zawodowych z Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku. W przypadku braku takiej umowy, Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku pobiera opłatę od studenta lub słuchacza zgodnie z regulaminem spółki dostępnym na stronie internetowej Copernicus.gda.pl.

### Skierowanie musi zawierać:

1. Nazwisko i imię studenta/słuchacza:

2. Nazwę uczelni wyższej/szkoły policealnej;

3. Liczbę godzin praktyk do zrealizowania.

W celu rejestracji studenta/słuchacza prosimy o podanie następujących danych:

<b>Nr indeksu</b>	
<b>Nr telefonu do kontaktu</b>	
<b>Adres e-mail</b>	



<b>Lokalizację realizacji praktyk</b>	<input type="checkbox"/> ZR ZASPA al. Jana Pawła II 50, Szpital św. Wojciecha <input type="checkbox"/> ZR PW ul. Powstańców Warszawskich 1-2, Szpital im. Mikołaja Kopernika <input type="checkbox"/> ZR WCO al. Zwycięstwa 31/32, Wojewódzkie Centrum Onkologii <input type="checkbox"/> ZR WAŁOWA, ul. Wałowa 27, Copernicus Profilaktyka <input type="checkbox"/> Inne [należy wskazać lokalizację] .....		
<b>Rok Studiów</b>		<b>Semestr</b>	
<b>Tryb nauki</b>	<input type="checkbox"/> studia stacjonarne <input type="checkbox"/> studia niestacjonarne		
<b>Data rozpoczęcia praktyk</b>			
<b>Uwagi</b>			

\*Tabelę należy wypełnić starannie tak aby można bezproblemowo skontaktować się z studentem/słuchaczem chcącym realizować praktyki zawodowe.

\*\* Wybrane odpowiedzi w przypadku lokalizacji należy zaznaczyć znakiem „X”

.....  
Data i podpis studenta/słuchacza

.....  
Data i podpis pracownika CRL przyjmującego dokument