

.....
Miejsce i data

.....
Pieczęć Zakładu pracy/Uczelni

.....
.....
.....
.....

SKIEROWANIE

Niniejszym kieruję Pana/Panią*do

.....
celem odbycia stażu/praktyk*

Staż/~~praktyka~~* jest obowiązkowy/a w ramach specjalizacji/studiów* z fizjoterapii.
(zakres programu stażu/praktyk* w załączeniu).

Pan/Pani *
jest zatrudniony w/~~jest studentem~~*

Staż/~~praktyka~~* odbędzie się w terminie ,
w Klinice/Zakładzie

.....
Kierownik specjalizacji/Opiekun praktyk

.....
Kierownik Kliniki/Dziekan

*niepotrzebne skreślić