

**DECYZJA OSTATECZNA DOTYCZĄCA WYBORU  
ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK  
NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA  
JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE, PROFIL PRAKTYCZNY  
PRAKTYKA INDYWIDUALNA**

.....  
**NAZWISKO I IMIĘ ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK**

.....  
**NAZWA PLACÓWKI**

Opiniowana osoba otrzymała ..... punktów, w związku z powyższym spełnia/  
warunkowo spełnia/nie spełnia\* kryteria wymagane w Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii  
Białskiej Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II do prowadzenia praktyk.

.....  
Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

Podsumowanie:

- Spełnia kryteria do prowadzenia praktyk - 10-6 pkt.
- Warunkowo spełnia kryteria do prowadzenia praktyk - 5-3 pkt.
- Nie spełnia kryteriów do prowadzenia praktyk – 2-0 pkt.

\*niepotrzebne skreślić