



**OPTOMETRIA
STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA
PRAKTYKI ZAWODOWE**

.....
Pieczęć uczelni

**DECYZJA WYBORU PLACÓWKI/ INSTYTUCJI/ ORGANIZACJI DO
REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH**

Nazwa placówki medycznej/ instytucji/ organizacji:.....
.....

Imię i nazwisko studenta/ki:

Nr albumu:

Kierunek studiów: Optometria Tryb studiów: stacjonarny/niestacjonarny

Rok studiów: Semestr studiów:

Miejsce wyznaczone do realizacji praktyk zawodowych
.....

Tytuł, imię i nazwisko opiekuna praktyk zawodowych:

Telefon do kontaktu:; adres e-mail:

Opiniowana placówka medyczna/ instytucja/organizacja otrzymała
punktów w związku z powyższym spełnia /nie spełnia* kryteria wyboru wymagane do
realizacji praktyk zawodowych studenta/ki/ów kierunku „Optometria” w Warszawskiej
Akademii Medycznej Nauk Stosowanych w Warszawie.

Warszawa, dnia

.....
Pieczęć i podpis Dziekana/
Koordynatora Kształcenia Praktycznego

Podsumowanie podstaw akceptacji:

- Podstawa do akceptacji placówki: 22 – 11 punktów
- Brak podstaw do akceptacji placówki: 10 i mniej punktów