



Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave
Fakulta zdravotníckych vied
Rázusova 14
921 01 Piešťany

Potvrdenie

o absolvovaní povinnej individuálnej odbornej praxe študenta FZV
v študijnom odbore Fyzioterapia

Meno poslucháča / poslucháčky:

Rodné číslo:...../..... Ročník: Štúdium denné / externé

Názov zdravotníckeho zariadenia:.....

.....

Dátum absolvovania praxe: Od do

Klasifikácia*: A B C D E Fx

Stručné hodnotenie: