**Kontrakt – Selvvalgt emne, 7. semester – studie-/klinisk forløb**

**Fysioterapeutuddannelsen KP Hillerød**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Kontrakt for 7. semester F/E\_\_\_\_**(angiv forår eller efterår) **20\_\_** **Periode** 2\_\_ 4\_\_ eller 6\_\_ uger (sæt kryds) |
| Periode: begyndelse / slut (begge dage inkl.);  |

Forløbet vil blive godkendt/accepteret i overensstemmelse med informationen i kontrakten og 7. semester-beskrivelsen.

|  |
| --- |
| **Til udfyldelse af institution el. den kliniske partner** |
| Navn på kliniske sted, samt en kort beskrivelse af hovedfokus (klinik, hospital, forskningsinstitution etc.)  |
| Adresse:  |
| Kontakt person - Navn:  |
| Kontakt person – tlf.nr.:  |
| Kontakt person - e-mail:  |
| Forsikringsforhold; Normalt vil den studerende være dækket via egen studenterforsikring, tegnet gennem Danske Fysioterapeuter. Beskriv, hvis den studerende skal være yderligere dækket, eller hvis den studerende er dækket via den kliniske part. |
| Underskrift og dato (kliniske part):  |

|  |
| --- |
| **Til udfyldelse af den studerende**  |
| Navn:  |
| Holdnr.: |
| Fødselsdato/studienummer: |
| Adresse:  |
| Tlf.nr.:  |
| E-mail: |
| Underskrift og dato (studerende): |

|  |
| --- |
| **Til udfyldelse af fysioterapeutuddannelsen, Hillerød, KP** |
| Underskrift og dato: |

**Denne kontrakt skal udfyldes af den studerende og den kliniske partner, og returneres (af den studerende, sendt på e-mail i scannet version) til studieadministrativ koordinator Marianne Andersen,** **mran@kp.dk****, og cc Bente Andersen,** **xbas@kp.dk****, Fysioterapeutuddannelsen KP, Carlsbergvej 14, DK – 3400 Hillerød, Denmark, gerne senest 1 måned før begyndelse af det selvvalgte modul.**