

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ODBORNÉ PRAXE

Jméno studenta: ..... Datum narození: .....

Kontaktní adresa: .....

Mobilní telefon: ..... E – mail: .....

Název a adresa školy: .....

Akademický rok: ..... Ročník: .....

Studijní obor: ..... Osobní číslo: .....

Název zdravotnického zařízení: .....

Adresa: .....

**A. Pracoviště (přesný název oddělení).....**

Datum od - do: .....

Osoba pověřená vedením praxe (zaměstnanec zdrav. zařízení): .....

Podpis vrchní sestry / vedoucího pracovníka oddělení: .....

**B. Pracoviště (přesný název oddělení).....**

Datum od - do: .....

Osoba pověřená vedením praxe (zaměstnanec zdrav. zařízení): .....

Podpis vrchní sestry / vedoucího pracovníka oddělení: .....

**Potvrzuji správnost uvedených údajů.**

Datum:..... Podpis studenta:

**Souhlas vedoucího zaměstnance zdravotnického zařízení:**

Podpis hlavní sestry / technického ředitele / náměstka ředitele zdravotnického zařízení a razítko:

Datum:..... Podpis vedoucího:

*Pozn.: vyhotovuje se 1x, 1x originál pro FZS TUL*

