

**PŘIHLÁŠKA NA ODBORNOU PRAXI
ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ FVP SU
VŠEOBECNÁ SESTRA**

AKADEMICKÝ ROK	
JMÉNO STUDENTA	
ROČNÍK STUDIA/FORMA	
TERMÍN ODBORNÉ PRAXE	
NEMOCNICE, VYBRANÉ ODDĚLENÍ	
ABSOLVOVANÉ BOZP V UVEDENÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	
TERMÍN ODBORNÉ PRAXE	
NEMOCNICE, VYBRANÉ ODDĚLENÍ	
ABSOLVOVANÉ BOZP V UVEDENÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	
KONTAK NA STUDENTA TELEFON	
STUDENTSKÝ EMAIL	
DATUM PODPIS STUDENTA	
DORUČENO NA ODDĚLENÍ PRAXÍ	