

Žádost o absolvování odborné praxe

Název oddělení _____

Termín absolvování odborné praxe: od _____ do _____ tj.: _____ pracovních dnů

Objednatel praxe:

Název školy _____

Adresa _____ PSČ _____

Zastoupená: _____ funkce: _____

IČ: _____ DIČ: _____ Kontakt: _____

Student, který absolvuje praxi:

Jméno a příjmení _____

Datum narození _____

Adresa _____ PSČ _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Studovaný obor: _____ ročník studia _____

datum a podpis

Školitel (jméno, příjmení, zařazení) _____

Souhlasím – nesouhlasím s absolvováním bezplatné praxe výše uvedeného studenta na oddělení.

datum a podpis
(vrchní sestra, primář oddělení)