

Žádost o schválení odborné praxe studenta

Požadované oddělení.....

Požadovaný termín.....tj.pracovních dnů

Údaje o osobě, která praxi absolvuje:

Jméno, příjmení, titul

Datum narození

Adresa.....PSC

TelefonEmail.....

Studovaný obor.....

Ročník studia.....

Údaje o objednateli praxe:

Název školy.....

Adresa PSC

Telefon...Email.....

.....
datum a podpis studenta

Jméno mentora.....(vyplní vedoucí oddělení)

Souhlasím s absolvováním praxe na výše uvedeném oddělení:

.....
datum a podpis vedoucího oddělení

.....
datum a podpis odpovědného pracovníka

Byl jsem seznámen s „**Informacemi o zpracování osobních údajů pro praktikanty, studenty a stážisty**“ na Oddělení lidských zdrojů v Nemocnici Havířov, příspěvkové organizaci.

Příjmení a jméno:

Oddělení, kde je vykonávána praxe nebo stáž:

V Havířově dne:

Podpis: