

<b>Student:</b>	
Jméno a příjmení:	
Bydliště:	
Datum narození:	
Telefon/mobil:	
E-mail	@
Obor studia:	Ročník

<b>Škola:</b>	
Škola:	
Adresa školy:	
IČ:	DIČ:
Zastoupený:	
Kontaktní osoba ve smluvních záležitostech:	Telefon:

<b>Požadavky na praktické vyučování (SŠ) nebo odbornou praxi (VOŠ) nebo praktickou výuku (VŠ):</b>	
Místo konání praxe (pracoviště):	
Termín konání praxe:	Počet hodin* (hod=45 min, hod=60 min)*
Pracovník MNO, s nímž byla praxe domluvena: Zájem o stravování v MNO (oběd za 32 Kč)	

\* nehodící se škrtněte (uvedte dle osnov školy)

Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů, souhlasím, aby Městská nemocnice Ostrava, p.o. použila uvedená osobní data pro účely archivace.

Datum a podpis studenta: \_\_\_\_\_

Razítko, datum a podpis školy: \_\_\_\_\_

Vyplněný a potvrzený formulář **spolu s náplní praxe vypracované školou** zašlete v jednom vyhotovení na adresu: Oddělení vzdělávání MNO, Nemocniční 20, 728 80 Ostrava, nebo naskenováno e-mailem:  
SŠ, VOŠ, VŠ – praxe v oborech ošetřovatelství (včetně studentů medicíny - II. roč.) a dalších nelékařských oborech : e-mail [seknop@mnof.cz](mailto:seknop@mnof.cz), tel. 596193774  
VŠ – lékařské a lékárenské praxe: e-mail [vzdelavani@mnof.cz](mailto:vzdelavani@mnof.cz), tel. 596193679  
SŠ, VŠ - ostatní – na vedoucího příslušného pracoviště

<b>Vyjádření vedoucího pracoviště k termínu praxe:</b>	
Vyjádření:	
Stanovený školitel - příjmení, jméno, titul:	
Dne:	
Podpis a razítko vedoucího pracoviště:	

<b>Vyplní oddělení vzdělávání/NOP/vedoucí úseku:</b>	
Smlouva ev. č. :	
Pokyny na praxi dne:	
Mlčenlivost:	
BOZP:	



mám zájem (vratná záloha na čip 100 Kč)  
nemám zájem

