

## 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)