

Žádost o uznání ošetrovatelské praxe u kombinovaného studia

Jméno a příjmení studenta	
Datum narození	
Adresa trvalého bydliště	
Studijní skupina	
Rok/semestr studia	

Žádám tímto o uznání ošetrovatelské praxe z důvodu zaměstnání.

Zdravotnické zařízení (přesná adresa):

Oddělení:

lůžkové pracoviště - ambulance

Pracovní pozice:

Úvazek:

Potvrzení zaměstnavatele, že výše uvedené souhlasí:

V dne

razítko ZZ + podpis odp.osoby

V dne

podpis studenta

Vyjádření zástupkyně ředitelky pro VOŠ:

V dne

podpis zástupkyně ředitelky pro VOŠ:

Rozhodnutí ředitelky školy:

*schvaluji / neschvaluji **

Datum: podpis ředitelky: