

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

E-mail:

Telefonní číslo:

Název školy včetně adresy:

Studovaný ročník:

Forma studia: denní kombinované

Název oboru:

Jméno a příjmení garanta praxe, třídní učitelky:

E-mail, mobilní číslo garanta praxe, třídní učitelky:

Jedná se o odbornou praxi:

- blokovou** (pevně stanovená pro daný studijní program na daném typu pracoviště)
- individuální**
- prázdninovou**

Oddělení	Možný termín nástupu na praxi (od-do):	Počet hodin

Ve Znojmě, dne

.....
podpis studenta/tky**VYJÁDŘENÍ VRCHNÍ SESTRY/PRIMÁŘE:**S vykonáním praxe v uvedeném období na svém pracovišti **souhlasím** **nesouhlasím** (vybranou variantu zakřížkujte)

Ve Znojmě, dne

.....
razítko a podpis vrchní sestry/primáře**VYJÁDŘENÍ HLAVNÍ SESTRY/ZÁSTUPCE ŘEDITELE PRO LÉČEBNĚ PREVENTIVNÍ PÉČI:**S vykonáním praxe v uvedeném období na daném pracovišti **souhlasím** **nesouhlasím** (vybranou variantu zakřížkujte)

Ve Znojmě, dne

.....
razítko a podpis hlavní sestry/zástupce ředitele pro LPP