

Předběžný souhlas s vykonáním odborné praxe studentů Vyšší odborné školy, oboru Diplomovaná všeobecná sestra

Na základě tohoto souhlasu bude Vyšší odbornou školou, Obchodní akademií a Střední zdravotnickou školou vyhotovena **smlouva o výkonu odborné praxe studentů oboru Diplomovaná všeobecná sestra**, a to mezi VOŠ, OA a SZŠ Domažlice a vaším zdravotnickým zařízením.

V případě, že má zdravotnické zařízení vlastní smlouvu o odborné praxi studentů, **doručte** ji prosím k doplnění a podepsání **na adresu**:

VOŠ, OA a SZŠ

Mgr. Lenka Fořtová

Erbenova 184

344 01 Domažlice

Tel: 379 722 564

e-mail: fortova@ekodom.cz

Zdravotnické zařízení požaduje po studentovi vstupní prohlídku od smluvního lékaře zařízení

ano ☐ **ne** ☐

Zdravotnické zařízení má vlastní smlouvu o odborné praxi **ano** ☐ **ne** ☐

(V případě, že máte vlastní smlouvu o výkonu odborné praxe studentů, přiložte ji k tomuto vyplněnému tiskopisu).

Jméno a příjmení studenta/ky:

Ročník

Rok narození

Bydliště

bude vykonávat odbornou praxi v našem zdravotnickém zařízení, a to

od _____ do _____

Název zdravotnického zařízení: _____

Adresa včetně PSČ: _____

IČO: _____

Telefon: _____

e- mail: _____

Statutární zástupce: _____

Název pracoviště a jméno pracovníka **pověřeného vedením praxe**

Oddělení: _____ pracovník: _____

Oddělení: _____ pracovník: _____

Oddělení: _____ pracovník: _____

Oddělení: _____ pracovník: _____

Potvrzení společnosti, zdravotnického zařízení: _____

Razítko a podpis