



**Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola**

**Praha 4, 5. května 51, IČ: 00638722 DIČ: CZ00638722**

**tel.: 244 105 001, fax: 244 105 043**

**e-mail: [zdravotnickaskola@centrum.cz](mailto:zdravotnickaskola@centrum.cz) web: [www.zdravotnickaskola5kvetna.cz](http://www.zdravotnickaskola5kvetna.cz)**

V ..... dne .....

Věc: **Žádost o potvrzení**

Prosíme Vás o předběžné potvrzení umožnění vykonání odborné praxe ..... **studijního ročníku** vyššího odborného studia, oboru **Diplomovaná všeobecná sestra**. Praxe se bude konat v termínu ..... Jedná se pouze o předběžný souhlas, na jehož základě bude vyhotovena Dohoda, která Vám bude zaslána ředitelstvím školy, včetně náplně odborné praxe studentů. **Prosíme Vás o kontrolu údajů na straně 2 – vyplňuje student.** Praxi ve Vašem zařízení domluvil(a)

.....,  
**student(ka) naší školy.**

Děkujeme

S pozdravem

Mgr. Helena Bernardová  
*vedoucí oboru DVS*  
*VOŠZ a SZŠ, 5. května 51, Praha 4*  
*tel. 244 105 005*

Souhlasíme s umožněním vykonání odborné praxe studenta/ů oboru Diplomovaná všeobecná sestra.

**Údaje potřebné k vypracování Dohody jsou uvedeny na straně 2 tohoto formuláře – vyplňuje student.**

Název zdravotnického zařízení (postačí otisk razítka)

.....  
.....  
.....

Telefon : .....

Svým podpisem dále potvrzujeme, že za umožnění vykonané praxe **nebudeme** požadovat finanční úhradu.

.....  
podpis oprávněného pracovníka

Tuto stranu vyplní student a tiskopis následně odevzdá vedoucímu studijní skupiny.

## ÚDAJE POTŘEBNÉ K VYPRACOVÁNÍ SMLOUVY NA PRAXI OBORU DVS

**Upozornění : neúplně nebo chybně vyplněný formulář může být důvodem k odmítnutí podpisu DOHODY ze strany zdravotnického zařízení !**

**STUDENT** : jméno, příjmení, ročník studia .....

**OBOR** : Diplomovaná všeobecná sestra – denní studium

**Termín plnění odborné praxe** : od ..... do .....

**Dny v týdnu** : .....

**Plná adresa (včetně PSČ) pracoviště, kam má škola zaslat Dohodu k podpisu :**

.....  
.....

**Plná adresa (včetně PSČ) pracoviště, na kterém bude odborná praxe vykonávána :**

(Pokud je adresa pracoviště shodná s adresou, na kterou se zasílá Dohoda k podpisu, není nutno vyplňovat znovu)

.....  
.....

**Jméno, příjmení, (včetně všech titulů) a funkce (ředitel, jednatel, vedoucí lékař apod.) osoby oprávněné k podpisu DOHODY za zdravotnické zařízení :**

.....  
.....

**Jméno, příjmení, (včetně všech titulů) a funkce školitele (staniční sestra nebo vrchní sestra atd.)**

.....  
.....

**Telefonický kontakt na studenta (nepovinný údaj) :** .....

**Za odbornou praxi budeme požadovat finanční náhradu**

Ano - Ne

**Pokud ano, tak platba proběhne formou:**

Přímé platby studentem

Platby na účet organizace

Bankovní spojení : ..... číslo účtu: ..... IČO:.....

Poznámka .....

.....