



## Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola

Praha 4, 5. května 51, IČO: 00638722

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)

## Žádost o uznání praxe pro období onemocnění CoVid 19

Č.j.: SOv - \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení studenta, dat. nar.:

Kontaktní adresa, PSČ.:

Obor, studijní skupina, forma vzdělávání:

Vedoucí studijní skupiny:

Uznání zkoušky pro: období letní, ročník .....

	Název předmětu	Předepsané hodnocení	Počet hodin k uznání	Datum plnění
VOŠZ a SZŠ 5. května	Odborná praxe	Z – KZ - ZK		

Student dokládá:

- pracovní smlouva s náplní práce
- potvrzení zaměstnavatele/školitele
- dohoda o dobrovolnictví
- jiné \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis studenta: .....

### Vyjádření vedoucího oboru:

Doporučuji – nedoporučuji uznání.

**Datum:**

**Podpis:**

### Stanovisko ředitelky školy:

Souhlasím s uznáním celého počtu hodin.

Nesouhlasím s uznáním celého počtu hodin, studentce/studentovi bude uznáno \_\_\_\_\_ hodin praxe.