



Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola

Praha 4, 5. května 200/51, IČO: 00638722

tel.: 244 105 001

e-mail: sekretariat@szs5kvetna.cz web: 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

.....