



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

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.

Na vědomí: student, vedoucí studijní skupiny, studijní oddělení, vyučující předmětu