

Student/ka:
Datum narození:
Bydliště:
Studijní skupina:
Telefon:

Mgr. Hana Pokorná
AGEL SZŠ a VOŠZ s.r.o
Antošovická 107/55, 711 00 Ostrava-Koblův
Pracoviště

Věc: Žádost o uznání ošetrovatelské praxe

Žádám o uznání ošetrovatelské praxe z důvodu zaměstnání.

Zdravotnické zařízení (přesná adresa):

Oddělení:

lůžkové pracoviště - ambulance

Pracovní pozice:

Úvazek:

Potvrzení zaměstnavatele, že výše uvedené souhlasí:

V dne

razítko ZZ + podpis odp.osoby

V dne

podpis studenta

Vyjádření vedoucí VOŠZ:

V dne