

ŽÁDOST O ABSOLVOVÁNÍ ODBORNÉ PRAXE

Nutno vyplnit všechny požadované informace

Vyplní žadatel

Příjmení, jméno, titul:		Datum narození:	
Bydliště:			
E-mail:		Telefon:	
Obor studia:		Ročník:	
Škola/zaměstnavatel (název)			
Adresa (sídlo):			
IČO:		DIČ:	

Vyplní škola (v případě školní praxe)

Škola potvrzuje, že žadatel:

- je řádným studentem výše uvedeného oboru studia a odborná praxe je součástí tohoto studia,
- je zdravotně způsobilý pro absolvování praxe¹,
- je očkovan proti virové hepatitidě B dle vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem.

Datum, razítko a podpis odpovědné osoby:

Kontaktní osoba školy, se kterou je možné komunikovat ohledně uzavření smlouvy a podmínek praxe:

Jméno a příjmení, titul:			
Telefon:		E-mail:	
Název pracoviště nemocnice (místo konání odborné praxe):			
Druh odborné praxe ²			
Termín odborné praxe:	od (datum)		do (datum)

Vyplní Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace (NTR)

Vyjádření vedoucího pracoviště:	Souhlasím/nesouhlasím ³	Jméno, datum, podpis	
Školitel:			
Vyjádření odpovědného náměstka/ředitele:	Souhlasím/nesouhlasím ³	Jméno, datum, podpis	
Převzetí na personálním oddělení:	Jméno, datum, podpis		

Vyplněnou a potvrzenou žádost pracovištěm NTR s náplní odborné praxe předá žadatel na personální oddělení, budova N, druhé patro, kancelář č. 216.

¹ Vztahuje se pouze na střední a vyšší odborné školy ve smyslu zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

² Např. ošetřovatelská, v oboru apod.

³ Nehodící se škrtněte nebo vyznačte.