

**ŽÁDOST O VYKONÁNÍ STUDIJNÍ PRAXE
zdravotnických profesí**

Jméno, příjmení: Datum narození:

Zdravotní pojišťovna: Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

E-mail:@..... Telefon:

V dne Podpis studenta/ky

Název a adresa školy:

Studijní obor:

Ročník

Forma studia.....

Očkování proti VHB ano ne (nutno doložit)

Požadovaný průběh studijní praxe:

Projednáno s primářem oddělení/Staniční sestrou ano ne

Termín studijní praxe (od –do):	Oddělení/pracoviště:	Další specifikace nebo požadavky

**Vyjádření nemocnice
(oddělení, odpovědný pracovník)**