

ŽIADOSŤ
študenta o vykonávanie súvislej ošetrovateľskej praxe, prázdninovej ošetrovateľskej praxe, súvislej fyzioterapeutickej praxe, súvislej laboratórnej praxe */
mimo zmluvného zdravotníckeho zariadenia FZ TnUAD

Vyplní študent	
Meno a priezvisko:	
Adresa žiadateľa:	
Študijný odbor:	
Akademický rok:	Ročník:
Názov zdravotníckeho zariadenia:	
Adresa zdravotníckeho zariadenia:	
Dátum:	Podpis študenta:
Vyjadrenie vedúceho katedry S vykonávaním odbornej praxe súhlasím - nesúhlasím */	
Dátum:	Podpis vedúceho katedry:

**/ nehodiace sa prečiarknite*

Vyplnenú žiadosť študent odovzdá vedúcemu príslušnej katedry, pod ktorou je zaradené vyučovanie jeho študijného odboru.