

ŽIADOSŤ ŠTUDENTA O VYKONÁVANIE OŠETROVATEĽSKEJ/FYZIOTERAPEUTICKEJ/LABORATÓRNEJ PRAXE

Vážená pani riaditeľka, vážený pán riaditeľ,

obraciame sa na Vás so žiadosťou o umožnenie vykonávania súvislej ošetrovateľskej praxe/ prázdninovej ošetrovateľskej praxe/ súvislej fyzioterapeutickej praxe/ súvislej laboratórnej praxe */ pre študenta/tku:

Meno a priezvisko študenta:	Dátum narodenia:
Adresa trvalého bydliska:	
Študijný odbor:	
Ročník:	Akademický rok:
Rozsah praxe (hodiny):	
Dátum začiatku praxe **/:	Dátum ukončenia praxe **/:

*/ nehodiace sa preškrtnite

**/ prax je možné vykonať najneskôr do 25. augusta príslušného kalendárneho roka

Ďakujeme za Vašu ústretovosť a spoluprácu.

V Trenčíne dňa:

.....
podpis študenta

.....
koordinátorka klinickej praxe

VYJADRENIE ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA

S vykonávaním odbornej praxe **súhlasíme – nesúhlasíme** */. Požiadavka na zmluvu bez finančných nákladov spojených s klinickou praxou: **áno/nie***/.

V prípade požiadavky o uzatvorenie zmluvy medzi zdravotníckym zariadením a TnUAD v Trenčíne, prosíme o vyplnenie týchto údajov:

Názov zdravotníckeho zariadenia:	
Zastúpená:	
Sídlo:	
IČO:	DIČ:
Číslo účtu (IBAN):	
Telefonický kontakt:	E-mail:

Dátum:

.....
pečiatka a podpis zdravotníckeho zariadenia