

Fakulta zdravotnických studií UJEP Ústí nad Labem
Katedra záchranářství, radiologie a biomedicínské techniky
Sociální péče 3652/13, 400 11 Ústí nad Labem

SOUHLAS S ODBORNOU PRAXÍ STUDENTA

1. Jméno studenta,Ročník:

2. Oddělení, kde bude OP probíhat

3. Termín odborné praxe *od.....do.....

4. Přesný a úplný název zdravotnického zařízení, včetně odpovědné osoby pro uzavření smlouvy/ management zdrav.zařízení, ambulance titul, jméno, příjmení /:

.....
.....

5. Sídlo: ulice, číslo popisné, místo, směrovací číslo, IČO

.....
.....

6. Kontaktní osoba pro odbornou praxi - za oddělení, kde bude OP probíhat *

/jméno, příjmení, telefon/

.....

7. Potvrzený souhlas pracoviště:.....

Jmeno+ podpis, razítko, datum

Kontaktní osoba pro odbornou praxi za FZS UJEP

Mgr. Alena Kohlová

mobil:+ 420 777 134 985 tel: + 420 475 284261 mail: alena.kohlova@ujep.cz

- pokud je v rámci OP absolvováno více oddělení, je nutný souhlas ze všech pracovišť, na každé pracoviště samostatný souhlas

Student odevzdá garantovi praxe , možno i scan do mailu minimálně 3 týdny před zahájením OP