

DOKLAD O ODBORNÉ PRAXI V OBORU ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘSTVÍ NEBO V PŘÍBUZNÉM OBORU

Jméno, příjmení

Datum narození

Ukončené středoškolské vzdělání (rok)

Ukončení VOŠ nebo VŠ (rok)

Pracovní pozice (od kdy, do kdy)

Pracovní náplň

Název zaměstnavatele*

Adresa zaměstnavatele

Jméno odpovědné osoby

Datum

Podpis odpovědné osoby

Razítko organizace

*např. pracoviště poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, pracoviště zdravotnické záchranné služby

Pozn.: v případě dokládání praxe na více pracovištích doložte pro každé pracoviště samostatný doklad