



Fakulta
zdravotnických věd

POTVRZENÍ O VÝKONU PROFESE

**Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví
Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci**

Studentka/student:

Studijní program:

Forma studia:

Ročník:

Zaměstnavatel:

Adresa zaměstnavatele:

Pracovní pozice:

Období pracovního poměru:

od

do

Úvazek:

V..... dne

razítko a podpis zaměstnavatele

Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé.

.....
datum a podpis studenta