



Fakulta  
zdravotnických věd

## SOUHLAS S REALIZACÍ OŠETŘOVATELSKÉ PRAXE

**Ústav ošetrovatelství**

**Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci**

Student/studentka dodá potvrzení na sekretariát Ústavu ošetrovatelství FZV  
UP před nástupem na praxi.

Souhlasím s tím, aby student/studentka konala odbornou praxi v termínu:

od                      do

Instituce (přesný název, adresa, pracoviště (oddělení):

Jméno a kontaktní údaje (email, telefon) na zodpovědnou osobu, která bude  
hodnotitelem praxe studenta:

Název a zkratka předmětu:

V.....dne:

Podpis a klinické razítko