Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

SOUHLAS S REALIZACÍ OŠETŘOVATELSKÉ PRAXE

Ústav porodní asistence

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Student/studentka dodá potvrzení na sekretariát Ústavu porodní asistence 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