**Žádost o vypracování smlouvy - odborná praxe studentů  
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci**

|  |  |
| --- | --- |
| **Student:**   * jméno a příjmení, titul |  |
| * datum narození |  |
| * trvalé bydliště |  |
| * kontakt **(vždy uvádějte telefonní číslo i univerzitní e-mail)** |  |
| * studijní program |  |
| * ročník studia |  |
| * forma studia |  |
| * termín praxe |  |
| * počet hodin praxe   (hod/min) |  |
| * rozsah odborné praxe (počet dní) |  |
| **Zdravotnické zařízení:**   * název |  |
| * adresa |  |
| * IČO |  |
| * DIČ |  |
| * jednatel Zdravotnického zařízení |  |
| * kontaktní osoba Zdravotnického zařízení (jméno, příjmení, tituly, funkce, telefon, e-mail) |  |
| * klinika/oddělení * (kde bude praxe probíhat) |  |
| * pověřený zaměstnanec poskytovatele praxe /např. vrchní sestra, vedoucí pracovník/ (jméno, příjmení, tituly, funkce, telefon, e-mail) |  |

Vždy vyplnit všechny položky žádosti. Za správnost uvedených informací v žádosti zodpovídá student.

V Olomouci, dne: ............................ ...............................................

podpis studenta