**Příloha č. 1**

**vzorová Přihláška na odbornou praxi**

**v Krajské zdravotní, a.s. se sídlem: Sociální péče 3316/12a, 401 13 Ústí nad Labem (Masarykova nemocnice, o z. – detašované pracoviště Rumburk; Masarykova nemocnice Ústí nad Labem; nemocnice Děčín; nemocnice Chomutov; nemocnice Litoměřice; nemocnice Teplice)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení, titul studenta** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Trvalé bydliště** |  |
| **Kontakt na studenta (telefon, univerzitní e-mail)** |  |
| **Studijní obor** |  |
| **Ročník studia** |  |
| **Forma studia** |  |
| **Počet hodin praxe** |  |
| **Termín plnění praxe** |  |
| **Klinika/oddělení, kde bude praxe probíhat** |  |
| **Jméno a funkce zaměstnance FZV UP pověřeného přímým stykem s (student doplní konkrétní pracoviště)………………………………………….., telefon, e-mail** | Mgr. Blažena Ševčíková, Ph.D.Telefon: 585 632 829Email: blazena.sevcikova@upol.cz |
| **Pověřený zaměstnanec……………………provozovny …………………………….... - poskytovatele zdravotních služeb, kde bude praxe probíhat** /např. vrchní sestra, vedoucí pracovník/ (jméno, příjmení, tituly, funkce, telefon, e-mail) |  |

Byl/a jsem poučen/a o tom, že jsem vázán/a mlčenlivostí v souladu s ust. § 49 až § 69 zák. č. 372/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů, a o odpovědnosti za její případné porušení.

Prohlašuji, že jsem řádně očkován/a proti infekčním nemocem v souladu s vyhl. č. 537/2006 Sb.,
o očkování proti infekčním nemocem, v účinném znění.

Byl/a jsem poučen/a o povinnosti užívat při výkonu odborné praxe ochranný pracovní oděv
a obuv, který si sám/sama opatřím dle pokynů Krajské zdravotní, a.s. se sídlem: Sociální péče 3316/12a, 401 13 Ústí nad Labem.

Souhlasím, aby Krajská zdravotní, a.s. se sídlem: Sociální péče 3316/12a, 401 13 Ústí nad Labem a.s. za účelem vykonání praxe zpracovávala v souladu s NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679, mé osobní údaje poskytnuté mojí osobou, a to po celou dobu praxe a dále pak po dobu potřebnou k archivaci dohody o praxi či této přihlášky (po dobu pěti let).

V ................................... dne ...................... Potvrzení FZV UP

……………………………………………..

 Student/ka Podpis a razítko