



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

POTVRZENÍ O VÝKONU PROFESE
Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví
Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Jméno a příjmení.....

Studijní program.....

Ročník a forma studia.....

Zaměstnavatel.....

Adresa zaměstnavatele.....

.....

Pracovní pozice.....

Pracovní poměr: od.....do..... Úvazek.....

V..... dne

razítko a podpis zaměstnavatele

Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé.

.....

datum a podpis studenta