



Fakulta  
zdravotnických věd

**POTVRZENÍ O VÝKONU PROFESE**  
**Ústav porodní asistence**  
**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