



Fakulta
zdravotnických věd

SOUHLAS S REALIZACÍ OŠETŘOVATELSKÉ PRAXE

Ústav ošetřovatelství

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Student/studentka dodá potvrzení na sekretariát Ústavu ošetřovatelství 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