**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 čísloi 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