Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci …

POTVRZENÍ O POVOLENÍ K ODBORNÉ PRAXI
VE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICI V PRAZE (VFNP)

Centrum praxí a praktické výuky
Fakulta zdravotnických věd
Univerzita Palackého v Olomouci

Jméno a příjemní studenta:……..

Datum narození:……

Bydliště:……

Kontakt na studenta (telefon, univerzitní e-mail)……

……

Studijní program:…….....

Ročník a forma studia:…….....

Zkratka předmětu/praxe:……

Klinika/pracoviště VFNP, kde bude odborná praxe probíhat:……..

…….....

Termín absolvování odborné praxe:…….....

Počet hodin praxe (1hod=60min):……...

Zodpovědná osoba v průběhu praxe studenta (telefon, e-mail):…….....

…….....

Podpis studenta:…….

Podpis odpovědného pracovníka VFNP (podpis, razítko):……..

Za správnost uvedených informací v povolení zodpovídá student.
Potvrzené povolení odesílá student na e-mail cppv@upol.cz