**Příloha č. 1**

**Dohoda o zabezpečení odborné praxe**

**(Přihláška na odbornou praxi)**

uzavřené mezi

**Nemocnicemi Pardubického kraje, a. s.**

se sídlem Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

zastoupenými: MUDr. Tomášem Gottvaldem, MHA předsedou představenstva a

 MUDr. Vladimírem Ningerem, Ph.D. jako členem představenstva

ve věcech personálních – Ing. Zdeňkem Vackem, vedoucím personálního odboru Pardubické a Chrudimské nemocnice na základě pověření představenstva

IČ: 27520536, DIČ: CZ27520536

a

**Univerzita Palackého v Olomouci**

se sídlem Křížkovského 511/8, Olomouc, 771 47

Součást UP: Fakulta zdravotnických věd

Kontaktní adresa: Hněvotínská 976/3, Olomouc, 779 00

zastoupená: Mgr. Jiřím Vévodou, Ph.D., děkanem FZV UP

IČ: 61989592, DIČ: CZ 61989592

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení studenta****Datum narození****Bydliště** |  |
| Obor a ročník studia  |  |
| **Jméno, funkce zaměstnance FZV UP pověřeným vedením odborné praxe a přímým stykem s NPK, telefon, e-mail** |  |
| **I. Souhlas** vedoucího oddělení NPK, kde bude odborná praxe probíhat | Ano Ne Podpis a razítko oddělení |
| Termín odborné praxe, **jméno a funkce školitele** | Od - do:  |
| Proškolení v předpisech | Dne:  |
| **II. Souhlas** vedoucího oddělení NPK, kde bude odborná praxe probíhat  | Ano Ne **Podpis a razítko oddělení**  |
| Termín odborné praxe, **jméno a funkce školitele** | Od - do: |
| Proškolení v předpisech | Dne:  |
| **III. Souhlas** vedoucího oddělení NPK, kde bude odborná praxe probíhat  | Ano Ne **Podpis a razítko oddělení** |
| Termín odborné praxe, **jméno a funkce školitele** | Od - do: |
| Proškolení v předpisech | Dne: |

|  |  |
| --- | --- |
| Školené předpisy: Hygienicko-protiepidemický řád NPK, Provozně organizační řád pracoviště, Zásady hygieny rukou a BOZP a PO. | Dne: Podpis .......................................  student/ka |

Byl/a jsem poučen/a o tom, že jsem vázán/a mlčenlivostí v souladu s ust. § 49 a § 53 až § 69 zák. č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a o odpovědnosti za její případné porušení.

Prohlašuji, že jsem řádně očkován/a proti infekčním nemocem v souladu s vyhl. č. 40/2016 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, v platném znění.

Byl/a jsem poučen/a o povinnosti užívat při výkonu odborné praxe ochranný pracovní oděv a obuv.

Byl/a jsem poučen/a o odpovědnosti za škodu způsobenou NPK při odborné praxi nebo v souvislosti s ní.

Souhlasím, aby Nemocnice Pardubického kraje, a.s. za účelem vykonání praxe zpracovávala v souladu s NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679, mé osobní údaje poskytnuté mojí osobou, a to po celou dobu praxe a dále pak po dobu potřebnou k archivaci dohody o praxi (po dobu pěti let).

V ...................... dne ......................

.......................................................

Student/ka