**Příloha č. 1**

**Přihláška na odbornou praxi**

**v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení, titul studenta** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Trvalé bydliště** |  |
| **Kontakt na studenta (telefon, univerzitní  e-mail)** |  |
| **Studijní obor** |  |
| **Ročník studia** |  |
| **Forma studia** |  |
| **Počet hodin praxe** |  |
| **Zkratka a název předmětu/praxe** |  |
| **Termín plnění praxe** |  |
| **Pracoviště, kde bude praxe probíhat** |  |
| **Jméno a funkce zaměstnance FZV UP pověřeného přímým stykem s pracovištěm, telefon, e-mail** | Mgr. Blažena Ševčíková, Ph.D.  Telefon: 585 632 829  Email: blazena.sevcikova@upol.cz |
| **Pověřený zaměstnanec, pracoviště, kde bude praxe probíhat** /např. vrchní sestra, vedoucí pracovník/ (jméno, příjmení, tituly, funkce, telefon, e-mail) |  |

Byl/a jsem poučen/a o tom, že jsem vázán/a mlčenlivostí v souladu s ust. § 49 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. 537/2006 Sb.,   
o očkování proti infekčním nemocem, v účinném znění.

Byl/a jsem poučen/a o povinnosti užívat při výkonu odborné praxe ochranný pracovní oděv a obuv, který si sám/sama opatřím dle pokynů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži.

Souhlasím, aby Psychiatrická nemocnice v Kroměříži 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 či této přihlášky (po dobu deseti let).

V ................................... dne ...................... Potvrzení FZV UP

……………………………………………..

Student/ka Podpis a razítko