***Žádost o uznání předmětu Odborná ošetřovatelské praxe u kombinovaného studia z důvodu praxe ve zdravotnickém zařízení/ u poskytovatele sociálních služeb***

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení studenta |   |
| Datum narození |   |
| Adresa trvalého bydliště |   |
| Studijní skupina (na kterou se žádost vztahuje) |   |
| Školní rok (na který se žádost vztahuje) |   |

Žádám tímto o uznání předmětu (požadované označte\*)

* Odborná ošetřovatelská praxe\*
* Prázdninová odborná ošetřovatelská praxe\*

z důvodu zaměstnání.

Zdravotnické zařízení (přesná adresa):

Oddělení:

Pracovní pozice: Úvazek:

Potvrzení zaměstnavatele, že výše uvedené souhlasí:

V ……………………………………… dne ………………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

razítko ZZ + podpis odp.osoby

V ……………………………………… dne ………………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis studenta

Vyjádření vedoucí VOŠZ:

V ……………………………………… dne …………………. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis vedoucí VOŠZ:

Rozhodnutí ředitelky školy: *s c h v a l u j i / n e s c h v a l u j i*

Datum: ………………………………………..………………………………….. podpis ředitelky: ………………………………………..………………………………….