



Vychází z: S – 125

Odborná praxe pro stážisty SZŠ, VOŠZ, VŠ a LF

Jméno, příjmení :

Datum narození : Telefon :

Bydliště :

Dosud ukončené zdravotnické vzdělání (obor):

Název a adresa školy :

.....

Obor : Ročník :

Termín odborné praxe : od..... do :

Oddělení : Počet týdnů :

Primář/vedoucí lékař oddělení :

Úsekový NLZP:

Školitel:

Stážista je povinen dbát pokynů školitele pověřeného vedením odborné praxe, dodržovat příslušné předpisy o bezpečnosti práce a ochraně zdraví při práci, se kterými bude před nástupem na odbornou praxi seznámen.

Souhlasím s poskytnutím osobních údajů v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění.

V Klatovech dne

.....

stážista

.....

razítko a podpis primáře oddělení

Ředitelství Klatovské nemocnice, a.s. souhlasí.

.....

Mgr. Vladislava Veselá

hlavní sestra

.....

MUDr. Jiří Zeithaml

předseda představenstva Klatovské nemocnice, a. s.