

titul, meno, priezvisko, trvalé bydlisko

dátum narodenia:

e-mail: a telefónny kontakt:

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou
Banská Bystrica
Referát vzdelávania
Námestie L. Svobodu 4
974 09 Banská Bystrica

V, dňa

Vec

Žiadosť o výkon odbornej praxe

Dovoľujem si Vás požiadať o vykonanie odbornej praxe vo vašom výučbovom zariadení
....., za účelom zvyšovania kvalifikácie
v študijnom odbore
v termíne od do

Údaje o zamestnávateľovi žiadateľa (ZZ kde pracujete, resp. fakulta, na ktorej študujete):	
Názov:	
Adresa:	
Meno štatutárneho orgánu (riaditeľ):	
IČO:	
Telefonický kontakt:	
Druh práce: (lekár, sestra, študent...)	(lekár, sestra, študent...)

Odbornú prax požadujem v pracovných dňoch neprerušovanou* – prerušovanou* formou.
Za kladné vybavenie ďakujem.

S úctou

.....
podpis žiadateľa

Vyjadrenie vedúceho výučbového zariadenia:

S vykonaním odbornej praxe: súhlasím* nesúhlasím*

V Banskej Bystrici,
.....
podpis vedúceho výučbového zariadenia

V Banskej Bystrici,
.....
podpis vedúceho Odboru LPS / Odboru ošetrovateľstva

* nehodiace sa preškrtnite