

Žiadosť o výkon odbornej praxe

.....
(titul, meno, priezvisko, bydlisko)

Dátum narodenia:

E-mail:

Telefón:

DFNsP Banská Bystrica
Nám. L. Svobodu 4
974 09 Banská Bystrica

V Banskej Bystrici, dňa

Vec

Žiadosť o výkon odbornej praxe

Dovoľujem si Vás požiadať o vykonanie odbornej praxe vo vašom výučbovom zariadení, v odbore pre vykonanie skúšky, a to v rozsahu podľa uvedeného :

| | |
|---|--|
| Názov výučbového zariadenia / kliniky : | |
| Meno prednostu kliniky: | |
| Termín: | |
| Rozsah v hodinách: | |
| Poznámka: | |

Odborná prax bude prebiehať v pracovných dňoch neprerušovanou – prerušovanou* formou. Za kladné vybavenie ďakujem.

S úctou

.....
podpis žiadateľa

Vyjadrenie priameho nadriadeného žiadateľa:

.....
podpis priameho nadriadeného

Vyjadrenie prednostu/zástupcu prednostu výučbového zariadenia:

.....
podpis prednostu/zástupcu prednostu

Súhlas riaditeľa organizácie, v ktorej sa nachádza výučbové zariadenie:

.....
* nehodiace sa prečiarknite