**Potvrzení o absolvování odborné praxe na Ministerstvu zdravotnictví**

|  |  |
| --- | --- |
| jméno a příjmení |  |
| UKČO (číslo osoby) |  |
| e-mail |  |
| období výkonu praxe |  |

**Odborná praxe byla absolvována. Její rozsah činil nejméně 80 hodin.**

Datum, místo, podpis studenta: Potvrzení úřadu – podpis včetně razítka:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hodnocení studenta poskytovatelem praxe (není povinné):**