



PŘEDBĚŽNÝ SOUHLAS S VYKONÁNÍM OŠETŘOVATELSKÉ PRAXE

Na základě tohoto souhlasu bude Univerzitou Karlovou, Lékařskou fakultou v Plzni (dále jen „fakulta“) vyhotoven jmenný seznam studentů, kteří budou vykonávat ošetrovatelskou praxi na jednotlivých odděleních Fakultní nemocnice Plzeň (dále jen „poskytovatel praxe“).

Jméno a příjmení studenta/ky:

Ročník, studijní program

bude vykonávat ošetrovatelskou praxi u poskytovatele praxe

od _____ do _____

Název pracoviště poskytovatele praxe:

Souhlas formou podpisu vrchní sestry daného pracoviště:

Pověřený zaměstnanec poskytovatele praxe, který odsouhlasil výkon ošetrovatelské praxe:

Mgr. Bc. Světluš Chabrová, manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP

