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 ošetřovatelskou praxi na jednotlivých odděleních Fakultní nemocnice Plzeň (dále jen „poskytovatel praxe“).

Jméno a příjmení studenta/ky:

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

Ročník, studijní program

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

bude vykonávat ošetřovatelskou praxi u poskytovatele praxe

od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Název pracoviště poskytovatele praxe:

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

Souhlas formou podpisu vrchní sestry daného pracoviště:

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

Pověřený zaměstnanec poskytovatele praxe, který odsouhlasil výkon ošetřovatelské praxe:

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

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