



**Střední zdravotnická škola
a Vyšší odborná škola zdravotnická,
Mladá Boleslav, B. Němcové 482**

PŘEDBĚŽNÉ POTVRZENÍ SOUHLASU S PLNĚNÍM ODBORNÉ PRAXE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Studijní obor: 53-41-N/1. **Diplomovaná všeobecná sestra**

Jméno studenta/ky: Sudijní skupina:

Datum narození: Bydliště:

Souhlasíme, aby jmenovaný/á student/ka plnil/a v našem zařízení odbornou praxi:

v termínu: na oddělení:

pod metodickým vedením zkušeného zdravotnického pracovníka (např. staniční sestry) :

.....

Přesná adresa zdravotnického zařízení:

.....

Telefon:

Statutární zástupce organizace:
(jméno, příjmení, titul)

Potvrzeno dne:
.....
razítko a podpis odpovědného pracovníka

Mezi zařízením a školou bude na základě potvrzeného předběžného souhlasu uzavřena řádná smlouva o plnění odborné praxe.

Předem děkujeme.

Za SZŠ a VOŠZ Mladá Boleslav
PhDr. Markéta Bednářová
zástupce ředitele pro VOŠZ