

**Žádost o uznání předmětu Odborná ošetrovatelská praxe u kombinovaného studia z důvodu praxe ve zdravotnickém zařízení/ u poskytovatele sociálních služeb**

|                                                       |  |
|-------------------------------------------------------|--|
| Jméno a příjmení studenta                             |  |
| Datum narození                                        |  |
| Adresa trvalého bydliště                              |  |
| Studijní skupina/třída (na kterou se žádost vztahuje) |  |
| Školní rok (na který se žádost vztahuje)              |  |

Žádám tímto o uznání předmětu (požadované označte\*)

- Odborná ošetrovatelská praxe\*
- Prázdninová odborná ošetrovatelská praxe\*

z důvodu zaměstnání.

Zdravotnické zařízení (přesná adresa):

Oddělení:

Pracovní pozice:

Potvrzení zaměstnavatele, že výše uvedené souhlasí:

V ..... dne .....

\_\_\_\_\_  
razítko ZZ + podpis odp. osoby

V ..... dne .....

\_\_\_\_\_  
podpis studenta

Vyjádření vedoucí VOŠZ:

V ..... dne .....

\_\_\_\_\_  
podpis vedoucí VOŠZ

Rozhodnutí ředitelky školy:

*s c h v a l u j i* / *n e s c h v a l u j i*

Datum: .....

podpis ředitelky: .....

**AGEL Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická s.r.o.**

Antošovická 107/55, 711 00 Ostrava-Koblov, +420 720 967 901, info@szs.agel.cz, szs.agel.cz

Společnost zapsána v obchodním rejstříku vedeném Krajským soudem v Ostravě, oddíl C, vložka 58092

IČO: 02560739

Bankovní spojení: Raiffeisenbank, a.s., číslo účtu: 5070011410/5500