Oblastní nemocnice Trutnov a.s.
Maxima Gorkého 77, 541 01 Trutnov
IČ 26000237, DIČ CZ699004900

ŽÁDOST O ABSOLVOVÁNÍ ODBORNÉ PRAXE

Vyplní žadatel			
Příjmení, jméno, titul		Datum narození	
Bydliště			
E-mail		Telefon	
Obor studia		Ročník	
Škola (název)			
Adresa			

Druh odborné praxe (ošetřovatelská/lékařská/jiná…)		Žadatel je pojištěn (odpovědnost)	☐ Ano ☒ Ne
Název pracoviště nemocnice (místo konání odborné praxe)			
Termín odborné praxe	Od	Do	
Název pracoviště nemocnice (místo konání odborné praxe)			
Termín odborné praxe	Od	Do	
Název pracoviště nemocnice (místo konání odborné praxe)			
Termín odborné praxe	Od	Do	
Název pracoviště nemocnice (místo konání odborné praxe)			
Termín odborné praxe	Od	Do	
Zájem o ubytování (zdarma)	☐ Ano ☒ Ne	Zájem o obědy (50 Kč)	☐ Ano ☒ Ne

Vyplní škola (v případě školní praxe)	
Škola potvrzuje, že žadatel je řádným studentem výše uvedeného oboru studia a odborná praxe je součástí tohoto studia.	
Datum, razítko a podpis odpovědné osoby:	

Vyplní Oblastní nemocnice Trutnov a.s.			
Vstupní školení rizik, PO, BOZP a povinné mlčenlivosti	Provedeno dne		
	Školitel (jméno, podpis)	Student (podpis)	

Osobní údaje uvedené na této žádosti jsou ON Trutnov a.s. zpracovávány v rozsahu nezbytném pro absolvování odborné praxe. Jejich zpracování se řídí obecným nařízením o ochraně osobních údajů (č. 2016/679) a souvisejícími právními předpisy.

VYPLNĚNOU ŽÁDOST ŽADATEL ZAŠLE REFERENTCE VZDĚLÁVÁNÍ

Kontakt: Ing. Veronika Svobodová, email: svobodova.veronika@nemtru.cz, tel. 499 866 339