

PŘEDBĚŽNÉ POTVRZENÍ O PLNĚNÍ ODBORNÉ PRAXE

studijní obor: **ORTOTIK – PROTETIK** akademický rok: ročník:

jméno studenta/ky: kód předmětu:

datum narození: rodné číslo:

adresa bydliště (včetně PSČ):

kontakt v období OP (telefon; e-mail):

datum posledního očkování/přeočkování proti „virové hepatitidě typu B“:

datum potvrzení o dostatečné ochranné hladině protilátek proti spalničkám: :

**Souhlasíme, aby jmenovaný/á student/ka plnil/a praxi ve specializovaném zařízení v rozsahu
120 hodin / 160 hodin (na oddělení):**

v období:

pod metodickým vedením zkušeného zdravotnického pracovníka.

jméno a kontakt (e-mail, telefon) pracovníka (supervizora) odpovědného za metodické vedení studenta:

.....

vedoucí zařízení (jméno, titul):

.....

adresa a kontakt (e-mail, telefon) zařízení:

.....

statutární zástupce zařízení (důležité pro vypracování řádné smlouvy o plnění OP) - jméno, titul, funkce:

.....

Na základě tohoto předběžného potvrzení bude vypracována řádná smlouva o plnění praxe ve specializovaném zařízení mezi UK FTVS a specializovaným zařízením (zaškrtněte).

zašlete nám vzor smlouvy z UK FTVS pro zajištění praxe na email:

máme vlastní vzor smlouvy, kterou obratem zašleme na: **kurstenova@ftvs.cuni.cz**

.....

datum potvrzení

.....

razítko a podpis vedoucího zařízení