

Žiadateľ (titul, meno, priezvisko a trvalé bydlisko):

.....
dátum narodenia:

e-mail: telefonický kontakt:

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou
Banská Bystrica
Referát vzdelávania
Námestie L. Svobodu 4
974 09 Banská Bystrica

V, dňa

Vec

Žiadosť o výkon odbornej praxe

Dovoľujem si Vás požiadať o vykonanie odbornej praxe na Vašom výučbovom pracovisku za účelom zvyšovania kvalifikácie v študijnom odbore v termíne od do

Údaje o zamestnávateľovi žiadateľa (ZZ kde pracujete, resp. fakulta, na ktorej študujete):			
Názov:			
Adresa:			
Meno štatutárneho orgánu (riaditeľ):			
IČO:			
Telefonický kontakt zamestnávateľa:			
Zamestnanie: (lekár, sestra, študent, ...)		Ak lekár - rezident <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ak študent – ročník:

Odbornú prax požadujem v pracovných dňoch prerušovanou* / neprerušovanou* formou (..... dní).
Za kladné vybavenie ďakujem.

S úctou

.....
podpis žiadateľa

Vyjadrenie vedúceho výučbového pracoviska:

S vykonaním odbornej praxe: súhlasím nesúhlasím

V Banskej Bystrici,

.....
podpis vedúceho výučbového pracoviska

V Banskej Bystrici,

.....
podpis námestníka pre LPS / námestníčky pre OS

* nehodiace sa prečiarknite