

Student:	
Jméno a příjmení:	
Bydliště:	
Datum narození:	
Telefon/mobil:	
E-mail	@
Obor studia:	Ročník

Škola:	
Škola:	
Adresa školy:	
IČ:	DIČ:
Zastoupený:	
Kontaktní osoba ve smluvních záležitostech:	Telefon:

Požadavky na praktické vyučování (SŠ) nebo odbornou praxi (VOŠ) nebo praktickou výuku (VŠ):	
Místo konání praxe (pracoviště):	
Termín konání praxe:	Počet hodin*: (hod=45 min, hod=60 min)*
Pracovník MNO, s nímž byla praxe domluvena: Zájem o stravování v MNO (oběd za 32 Kč)	

* nehodící se škrtněte (uvedte dle osnov školy)

Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů, souhlasím, aby Městská nemocnice Ostrava, p.o. použila uvedená osobní data pro účely archivace.

Datum a podpis studenta: _____

Razítko, datum a podpis školy: _____

Vyplněný a potvrzený formulář **spolu s náplní praxe vypracované školou** zašlete v jednom vyhotovení na adresu: Oddělení vzdělávání MNO, Nemocniční 20, 728 80 Ostrava, nebo naskenováno e-mailem:
SŠ, VOŠ, VŠ – praxe v oborech ošetrovatelství (včetně studentů medicíny - II. roč.) a dalších nelékařských oborech : e-mail seknop@mnof.cz, tel. 596193774
VŠ – lékařské a lékárenské praxe: e-mail vzdelavani@mnof.cz, tel. 596193679
SŠ, VŠ - ostatní – na vedoucího příslušného pracoviště

Vyjádření vedoucího pracoviště k termínu praxe:	
Vyjádření:	
Stanovený školitel - příjmení, jméno, titul:	
Dne:	
Podpis a razítko vedoucího pracoviště:	

Vyplní oddělení vzdělávání/NOP/vedoucí úseku:	
Smlouva ev. č. :	
Pokyny na praxi dne:	
Mlčenlivost:	
BOZP:	

mám zájem (vratná záloha na čip 100 Kč)
nemám zájem

