

Ředitelství
SZŠ a VOŠ zdr. Liberec,
příspěvková organizace
Kostelní 9
460 31 Liberec 2

Datum: _____

Věc: Žádost o umožnění splnění odborné praxe v místě bydliště

Žádám o umožnění splnění odborné praxe žáka/žákyně, studenta/studentky
_____ třídy/studijní skupiny _____ v místě bydliště.

Odbornou praxi bych rád /ráda vykonávala ve zdravotnickém zařízení:

(pouze název a adresa zdravotnického zařízení, nikoliv název oddělení)

Jsem si vědom/a, že kladné vyřízení této žádosti je podmíněno splněním docházky v předmětu OSN, ODP, ODV. Odbornou praxi vyřizuje v nemocnicích vedoucí učitelka praktického vyučování (VUPV).

Bydliště žáka/žákyně, studenta/studentky: _____

Podpis žadatele: _____

Podpis zákonných zástupců (u nezletilých žáků): _____

Vyjádření odborné učitelky OSN, ODV, vedoucí studijní skupiny ODP ze dne:

Vyjádření VUPV ze dne:

Vyplněný formulář odevzdejte odborné učitelce OSN, ODV nebo vedoucí studijní skupiny ODP.