

Žádost o umožnění praxe/stáže

Požadované oddělení:

v délce dnů

Požadovaný termín

Jméno a příjmení, titul.....

Telefon Email

Zařazen/a do studijního oboru

Odbornou praxi absolvuji v rámci specializačního studia (vyberte a zaškrtněte) – vyplňují pouze lékaři a farmaceuti

a) základního kmene

b) vlastního specializačního výcviku

Škola/fakulta/zaměstnavatel

Název a adresa

Telefon Email

Na stáž vysílá zaměstnavatel/škola (vyberte a zaškrtněte) a) ano b) ne

Souhlasím s tím, aby s uvedenými údaji bylo nakládáno v souladu se zákonem č. 110/2029 Sb. o zpracování osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

.....
Datum a podpis žadatele/stážisty

Vyjádření vedoucího oddělení NRSB ke stáži

Jméno školitele:

Datum a podpis vedoucího oddělení