

Katedra ošetrovateľstva

Prihláška na klinickú prax – Bc. stupeň

Akademický rok (uvádzajte ak. rok, v ktorom prax absolvujete)

Študent

Meno a priezvisko študenta	
Adresa študenta	
Ročník (v ktorom prax absolvujete)	
Semester	
Forma štúdia:	denné prezenčné/denné kombinované
Email (Zimbra)	

Miesto výkonu praxe

Názov nemocnice, zariadenia	
Adresa nemocnice, zariadenia	
Druh praxe (vyberte typ praxe/podčiarknite)	Klinická prax Súvislá klinická prax Prázdninová klinická prax
Predmet a počet hodín praxe (podľa študijného programu)	
Nemocnica, Oddelenie + zodpovedná osoba (námetníčka pre ošetrovateľstvo, vedúca sestra)	

Dátum:

Podpis študenta: