



UNIVERZITA KARLOVA
Lékařská fakulta v Plzni
alej Svobody 76, 323 00 Plzeň
IČO: 002 16 208

PŘEDBĚŽNÝ SOUHLAS S VYKONÁNÍM ODBORNÉ PRAXE PRIOR APPROVAL TO PERFORM THE PROFESSIONAL PRACTICE

POSKYTOVATEL PRAXE / PRACTICE PROVIDER

Na základě tohoto souhlasu bude Univerzitou Karlovou, Lékařskou fakultou v Plzni (dále jen fakulta) vyhotoven jmenný seznam studentů, kteří budou vykonávat odbornou praxi ve 2., 3. nebo 4. ročníku studia u poskytovatele praxe.

Based on this approval, the Charles University, Faculty of Medicine in Pilsen (faculty) will create a list of students who will perform the professional practice in the 2nd, 3rd or 4th year of their study at the practice provider.

JMÉNO STUDENTA (PŘÍJMENÍ, KŘESTNÍ JMÉNO) / STUDENT'S FULL NAME (LAST NAME, MIDDLE NAME, FIRST NAME)

OSOBNÍ ČÍSLO
STUDENT'S ID

DATUM NAROZENÍ
BIRTHDATE

AKADEMICKÝ ROK
ACADEMIC YEAR

ROČNÍK A OBOR
YEAR OF STUDY AND FIELD OF STUDY (GM/DY)

TERMÍN ODBORNÉ PRAXE (OD-DO)
TERM OF PROFESSIONAL PRACTICE (FROM-TO)

 —

RAZÍTKO / STAMP

PODPIS VEDOUCÍHO
SIGNATURE OF DIRECTOR

DATUM / DATE

Souhlasím s výkonem odborné praxe. / I agree for the performance of professional practice.

POVĚŘENÝ ZAMĚSTANANEC POSKYTOVATELE PRAXE
AUTHORIZED PRACTICE PROVIDER

PODPIS / SIGNATURE

