PREŠOVSKÁ UNIVERZITA V PREŠOVE

**Fakulta zdravotníckych odborov**

# Partizánska 1, 080 01 Prešov

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# KATEDRA FYZIOTERAPIE

ŽIADOSŤ O ABSOLVOVANIE ODBORNEJ PRAXE

* **počas klinických cvičení 󠆧󠆧**
* **počas súvislej odbornej praxe 󠆧󠆧**
* **počas prázdninovej odbornej praxe 󠆧󠆧**

Uvedené zdravotnícke zariadenie ...........................................................................

súhlasí s absolvovaním odbornej praxe u študenta/ky ........................................... ........ ročníka .................................... formy štúdia a poskytne mu bezplatne primerané pracovné prostredie a priestory, ktoré umožnia procesný výkon na štandardnej úrovni v dňoch ......................................................

Adresa zdravotníckeho zariadenia

.................................................................................................................

**--------------------------- -----------------------**

Zodpovedná osoba v uvedenom zdravotníckom zariadení Podpis a pečiatka