# Předběžný souhlas s vykonáním odborné praxe

Na základě tohoto souhlasu bude Univerzitou Karlovou, Lékařskou fakultou v Plzni (dále jen „fakulta“) vyhotoven jmenný seznam studentů, kteří budou vykonávat odbornou praxi ve 3. nebo 4. ročníku na Stomatologické klinice Fakultní nemocnice Plzeň (dále jen „poskytovatel praxe“).

Jméno a příjmení studenta/ky:

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

Ročník, studijní program

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

bude vykonávat odbornou praxi u poskytovatele praxe

od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Souhlas formou podpisu přednosty Stomatologické kliniky:

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

Pověřený zaměstnanec poskytovatele praxe, který odsouhlasil výkon ošetřovatelské praxe:

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

As.MUDr. Jan Netolický, Ph.D., odborný asistent Stomatologické kliniky