



## Žiadosť o absolvovanie povinnej študentskej praxe v NÚDCH

### Fyzická osoba (študent / študentka)

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Adresa bydliska: .....

Kontakt na študenta: .....

E-mail študenta: .....

Škola, fakulta, ročník: .....

týmto žiadam súhlas s vykonaním povinnej praxe v NÚDCH, ktorá vyplýva zo študijného plánu na akademický rok ..... nasledovne:

Názov kliniky NÚDCH:

Trvanie praxe (od - do):

Dňa:

Podpis študenta / študentky:

**Príloha:** Posudok o zdravotnej spôsobilosti

Potvrdenie o návšteve školy / alebo kópia ISIC karty

### Stanovisko prednostu kliniky v NÚDCH:

súhlasím - nesúhlasím\* s absolvovaním praxe v uvedenom termíne

\* *nehodiace sa prečiarknite*

Prednosta kliniky:  
podpis, pečiatka

V Bratislave dňa:

Druh dokumentu	Formulár	Vydanie:	2
Označenie:	F10/OPPaM	Platný od:	6.5.2022
Názov dokumentu:	Žiadosť o absolvovanie povinnej študentskej praxe v NÚDCH	Počet strán:	1/1