

Potvrzení o vykonané individuální praxi studenta v ÚN

Jméno studenta	
Název školy	
Studijní obor (všeobecná sestra, fyzioterapeut...)	
Termín praxe od-do	
Počet odpracovaných hodin	
Pracoviště stáže	
Razítko a podpis vedoucího pracovníka nebo školitele v ÚN	
Razítko a podpis odpovědné osoby na studijním oddělení školy	

V Brně dne

Podpis stážisty.....