

Student:	
Příjmení, jméno, titul:	_____
Bydliště:	_____
Datum narození:	_____
Telefon/mobil:	_____
E-mail	_____@_____
Obor studia:	_____
	Ročník: _____

Škola:	
Škola:	_____
Adresa školy:	_____
IČ:	_____
	DIČ: _____
Zastoupený:	_____
Kontaktní osoba školy:	_____
	Telefon: _____

Požadavky na praktickou výuku (VŠ):	
Místo konání praxe (pracoviště dle preference studenta - mimo studijní plán):	_____
Termín konání praxe:	_____
	Počet hodin: _____ (hod=60 min)
Pracovník MNO, s nímž byla praxe domluvena:	_____
Zájem o stravování v MNO (oběd za 45 Kč)	_____

Prohlašuji, že: sem nejsem očkovan/a proti hepatitidě typu B.
(očkování je podmínkou k účasti na praxi v MNO)

Potvrzení o správnosti uvedených údajů

Datum a podpis studenta:

Na základě Vámi zasláné přihlášky bude Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace (dále jen „MNO“), jakožto správce, zpracovávat Vámi poskytnuté osobní údaje, a to v souladu s Obecným nařízením o ochraně osobních údajů (EU) 2016/679. Informace o zpracování osobních údajů stážistů/praktikantů/kurzistů jsou dostupné na internetových stránkách MNO v sekci „O nemocnici/Ochrana osobních údajů“ pod <http://www.mnof.cz/o-nemocnici/ochrana-osobnich-udaju/>.

Vyplněnou přihlášku zašlete na adresu:

Oddělení vzdělávání MNO, Nemocniční 898/20a, 728 80 Ostrava, nebo naskenujte a zašlete e-mailem:

e-mail:

VŠ – lékařské a lékárenské praxe: vzdelavani@mnof.cz

dotazy:

tel. 596 193 714

Vyjádření vedoucího pracoviště k termínu praxe:	
Vyjádření:	_____
Stanovený školitel - příjmení, jméno, titul:	_____
Dne:	_____
Podpis a razítko vedoucího pracoviště:	_____

Vyplní oddělení vzdělávání:	
Smlouva student/škola ev. č.:	_____
Pokyny na praxi dne:	_____
Doklad o uzavření úrazového pojištění na dobu výkonu praxe:	_____
Doklad o uzavření pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu praxe studenta	_____
Mlčenlivost:	_____
BOZP:	_____