



**Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická,
Šumperk, příspěvková organizace**
787 01 Šumperk, Kladská 234/2. tel: 583 213 074, fax: 583 213 673
e-mail: reditel@szssumperk.cz
www.szssumperk.cz

Žádost o vykonání odborné praxe v náhradním termínu

Jméno a příjmení studenta/tky:	
Bydliště:	
Datum narození:	
Studijní skupina:	
Ročník:	

Žádám o náhradu (napište zkratku předmětu praktické výuky, který chcete nahradit OPR, OPP) a název pracoviště.

Předmět:	
Název pracoviště:	
Počet dnů k náhradě:	

Důvod žádosti:

--

V Šumperku dne:

Podpis studenta:

Vyjádření vedoucí studijní skupiny (kontrola počtu dnů náhrady, rámcově pracoviště pro náhrady - interna, chirurgie.....):

Podpis: