



**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](mailto:reditel@szssumperk.cz)**  
**[www.szssumperk.cz](http://www.szssumperk.cz)**

Jméno a příjmení studenta/studentky: .....  
Ulice a č.p.: .....  
PSČ a obec: .....  
Telefon: .....  
e-mail: .....

## **Žádost o umožnění ošetrovatelské praxe / odborné praxe prázdninové**

ošetrovatelská praxe  odborná prázdninová praxe

Jméno studenta/studentky: .....  
Datum narození: .....  
Studijní obor: .....  
Třída: .....

Termín ošetrovatelské praxe / odborné praxe prázdninové: .....

Datum: .....  
.....  
podpis studenta/studentky

Název zařízení dle zřizovací listiny: .....

Adresa zařízení: .....

IČO: .....

Jméno, příjmení a titul ředitele zařízení: .....

Kontakt na odpovědného pracovníka – jméno, příjmení, titul, telefon, e-mail:

.....

**Vyjádření odpovědného pracovníka k žádosti dne: .....**

- žádosti se vyhovuje  
 žádosti se nevyhovuje

.....  
podpis a razítko odpovědného pracovníka

Datum: .....  
.....  
Mgr. Zuzana Gondová, ředitelka školy

Na vědomí (3x originál):  
- student/studentka  
- ředitelka školy  
- odpovědný pracovník zdravotnického zařízení