**Žádost o schválení odborné praxe/stáže**

|  |  |
| --- | --- |
| *Místo konání stáže/praxe:* | **Nemocnice AGEL Říčany a.s., Smiřických 315, 251 01 Říčany** |
| *Požadované oddělení:* |  |
| *Požadovaný termín (od – do):* |  |
| *Počet pracovních dnů:* |  |
| *Počet hodin praxe:* |  |
| *Datum narození:* |  |
| *Jméno stážisty:* |  |
| *Trvalé bydliště:* |  |
| *Telefon:* |  |
| *E-mail:* |  |
| ⌘*Univerzita /* 🞮 *Nemocnice:**Adresa:**IČ:**DIČ:**Zastoupena:* |  |
| ⌘ *Studovaný obor/* 🞮 *Stáž v rámci specializační vzdělávání v oboru:* |  |
| ⌘ *Ročník:* |  |
| *Vyjádření primáře / hlavní sestry* |  |

🞮 vyplní pouze lékaři a nelékaři

⌘ vyplňují studenti a žáci