

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: ☐ jsem ☐ 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. 596 193 679

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:	