

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

Škola:	
Škola:	
Adresa školy:	
IČO:	DIČ:
Zastoupený:	
Kontaktní osoba ve smluvních záležitostech:	Telefon:

Požadavky na praktické vyučování (SŠ) nebo odbornou praxi (VOŠ) nebo praktickou výuku (VŠ):	
Místo konání praxe (pracoviště):	
Termín konání praxe:	Počet hodin*: (hod. = 45 min., hod. = 60 min.)*
Pracovník MNO, s nímž byla praxe domluvena:	
Zájem o stravování v MNO (oběd za 45 Kč)	

* nehodící se škrtněte (uved'te dle osnov školy)

Datum a podpis studenta: _____

Razítko, datum a podpis školy: _____

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/>

Potvrzenou přihlášku zašlete **spolu s náplní praxe vypracované školou** v jednom vyhotovení na adresu: Sekretariát náměstka ředitele pro ošetrovatelskou péči, Nemocniční 898/20a, 728 80 Ostrava, nebo naskenujte e-mailem:

e-mail:

dotazy:

SŠ, VOŠ, VŠ – **ošetřovatelská** praxe (včetně studentů medicíny - II. a III. roč.) a další nelékařské obory: seknop@mnof.cz

tel. 596 193 774

SŠ, VŠ - **ostatní**: na vedoucího příslušného pracoviště

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

Vyplní oddělení NOP/vedoucí úseku:	
Smlouva ev. č. :	
Pokyny na praxi dne:	
Mlčenlivost:	
BOZP:	