

Súhlas zdravotníckeho zariadenia
s absolvovaním povinnej letnej odbornej praxe
poslucháča / poslucháčky 2. stupňa FZV v individuálne vybratom
pracovisku

Meno poslucháča / poslucháčky:

Rodné číslo:...../..... Ročník: Štúdium denné / externé

Názov zdravotníckeho zariadenia:.....

.....

Súhlasíme s tým, aby vyššie menovaný poslucháč / poslucháčka FZV absolvoval(a) odbornú prax
v našom zariadení, v ktorom sa vykonáva (vyznačte v zozname):

- Funkčné vyšetrenie pacienta
- Skupinová fyzioterapia
- Fyzioterapia v neurológii
- Fyzioterapia v ortopédii
- Fyzioterapia v reumatológii
- Fyzioterapia v geriatrici
- Fyzioterapia v internej medicíne
- Fyzioterapia v pediatrii
- Fyzioterapia v gynekológii
- Hydrokineziterapia
- Aplikácia fyzikálnej terapie

Prax v trvaní 150 hodín absolvuje poslucháč(ka) FZV v čase:

od do

Dátum:.....

Podpis lekárskeho riaditeľa / primára oddelenia: