

Súhlas zdravotníckeho zariadenia s absolvovaním semestrálnej klinickej 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 180 hodín absolvuje poslucháč(ka) FZV v čase:

od do

Dátum:.....

Podpis lekárskeho riaditeľa / primára oddelenia: