



**Potvrzení zaměstnavatele pro studium na Lékařské fakultě MU
v kombinovaném navazujícím magisterském programu Intenzivní péče**

Příjmení a jméno uchazeče:

Datum narození:

Číslo přihlášky:

Potvrzují výše jmenované/mu výkon povolání v oboru Intenzivní péče (jednotce intenzivní péče; anesteziologicko-resuscitačním oddělení; urgentním příjmu; dialýze; anesteziologii; zdravotnické záchranné službě) minimálně 1 rok v rozsahu minimálně ½ stanovené týdenní pracovní doby (20 hodin týdně) za období 6-ti let do data přijímacího řízení (2013 - 2019)

nebo

výkon povolání v oboru Intenzivní péče minimálně 2 roky v rozsahu minimálně pětiny stanovené týdenní pracovní doby (8 hodin týdně) za období 6-ti let do data přijímacího řízení (2013 - 2019)

Datum:

Podpis a razítko zaměstnavatele:

Potvrzení o praxi je nedílnou součástí Přihlášky ke studiu navazujícího magisterského programu Intenzivní péče v kombinované formě.

Originál potvrzení doručte do 30. 4. 2019 na adresu:

Lékařská fakulta MU, Studijní oddělení, Univerzitní kampus, Kamenice 5, 625 00 Brno