

### POTVRZENÍ O DOBROVOLNICTVÍ

Jméno studenta .....

Program/obor .....

Ročník .....

Forma studia .....

Potvrzujeme tímto, že výše jmenovaný student/ka pracoval/a v rámci dobrovolnictví v zařízení

(název poskytovatele zdravotních služeb)

.....

na klinice (název kliniky) .....

na oddělení (název oddělení) .....

v pracovní pozici .....

v období od .....

počet odpracovaných hodin .....

jméno vrchní sestry .....

Datum.....

.....

Podpis a razítko vrchní sestry

Razítko kliniky: