

POTVRZENÍ O PLNĚNÍ PRACOVNÍ POVINNOSTI

Jméno studenta

Program/obor

Ročník

Forma studia

Potvrzujeme tímto, že výše jmenovaný student/ka pracoval/a v rámci plnění pracovní povinnosti

(dle usnesení vlády ČR ze dne 5. 3. 2021 č. 248) v zařízení (název poskytovatele zdravotních služeb)

.....

na klinice (název kliniky)

na oddělení (název oddělení)

v pracovní pozici

v období od - do.....

odpracovaný počet hodin.....

jméno vrchní sestry

Datum.....

.....

Podpis a razítko vrchní sestry

Razítko kliniky: