

**POTVRZENÍ O PRACOVNÍM POMĚRU, DOHODĚ O PROVEDENÍ PRÁCE,  
DOHODĚ O PRACOVNÍ ČINNOSTI**

Jméno studenta .....

Program/obor .....

Ročník .....

Forma studia .....

Potvrzujeme tímto, že výše jmenovaný student/ka pracoval/a v rámci pracovního poměru (nebo  
DPP, DPČ) 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: