**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: