MUNI
MED

# POTVRZENÍ O ABSOLVOVÁNÍ ODBORNÉ PRAXE

(předmět: MZKAP0211s Řízení ambulantní péče – seminář)

Potvrzujeme, že student/ka……………………………………………..,UČO:…………………………………

absolvoval/a odbornou praxi v období ………………………………..v celkovém rozsahu…………..hodin

u poskytovalele (název a adresa organizace) .....................................……………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………...

Dne………………………                                ……………………………………………………….
Jméno a příjmení zástupce organizace, role/funkce
Podpis

Vážený zástupce organizace/poskytovatele zdravotních služeb, rádi bychom Vám touto cestou poděkovali za Vaši spolupráci na praktickém vzdělávání našich studentů. Budeme rádi také za zpětnou vazbu k působení studenta v průběhu odborné praxe. Prosíme o stručné vyjádření (postačí číselné ohodnocení dle běžné klasifikační stupnice, 1=výborné, 5=nevyhovující, nedostatečné):

Příprava studenta (odborné znalosti) ……………………..
Úprava studenta ……………………..
Chování studenta……………………..
Zájem o získání poznatků…………….
Splnění zadaných úkolů………………
Prostor pro stručné slovní hodnocení:
………………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………

**Masarykova univerzita, Lékařská fakulta**

Kamenice 753/5, 625 00 Brno, Česká republika
T: +420 549 49 2910, E: info@med.muni.cz, www.med.muni.cz
Bankovní spojení: KB Brno-město, ČÚ: 85636621/0100, IČ: 00216224, DIČ: CZ00216224
V odpovědi, prosím, uvádějte naše číslo jednací.