POTVRZENÍ O ABSOLVOVÁNÍ ODBORNÉ PRAXE

předmět: LF: MZKAP0211s Řízení ambulantní péče – seminář

Potvrzujeme, že student/ka……………………………………………..,UČO:…………………………………. absolvoval/a odbornou praxi v období ………………………………..v celkovém rozsahu…………..hodin u poskytovatele (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:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………