

POTVRZENÍ O ABSOLVOVÁNÍ ODBORNÉ PRAXE

předmět: LF: MZKAP0211s Řízení ambulantní péče – seminář

Potvrzujeme, že student/ka.....,UČO:.....
absolvoval/a odbornou praxi v obdobív 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:

.....
.....
.....

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.