

ŽIADOSŤ O VYKONANIE ODBORNEJ PRAXE

NEODDELITEĽNOU SÚČASŤOU „ŽIADOSTI...“ JE ZMLUVA / DOHODA O VYKONÁVANÍ ODBORNEJ PRAXE

TITUL, MENO A PRIEZVISKO			
ADRESA			
ČÍSLO TELEFÓNU		e-mail	
ŠKOLA / ZAMESTNÁVATEĽ			
DRUH ŠTÚDIA	Denné / externé / iná forma	ROČNÍK	
ODBOR / PRACOVNÉ ZARADENIE			

žiadam o umožnenie absolvovať odbornú prax v Nemocnici s poliklinikou Myjava nasledovne:

I. PRACOVISKO		Termín výkonu praxe	Od		Do	
SÚHLAS VEDÚCEHO PRACOVNÍKA	Dátum		Podpis			
II. PRACOVISKO		Termín výkonu praxe	Od		Do	
SÚHLAS VEDÚCEHO PRACOVNÍKA	Dátum		Podpis			

Vyhlasujem na svoju česť, že:

- ☞ súhlasím so spracovaním svojich osobných údajov v rozsahu titul, meno, priezvisko, adresa trvalého/ prechodného bydliska, kontakt, v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov pre potreby NsP Myjava a v súlade s právnymi aktmi súvisiacimi so zabezpečením odbornej praxe.
- ☞ budem zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach o ktorých sa dozviem pri vykonávaní odbornej praxe.

V, dňa

.....
Podpis účastníka odbornej praxe

KARTA ÚČASTNÍKA ODBORNEJ PRAXE

Potvrdzujem, že účastník odbornej praxe vykonával v NsP Myjava odbornú prax a

» bol dňa oboznámený s predpismi BOZP a PO			
Podpis pracovníka BOZP a PO		Podpis účastníka odbornej praxe	
» I. dňa absolvoval vstupnú inštruktáž, na ktorej bol oboznámený s predpismi organizácie, pracovným procesom na pracovisku a s jeho špecifickými zásadami			
Podpis vedúceho pracovníka		Podpis účastníka odbornej praxe	
» II. dňa absolvoval vstupnú inštruktáž, na ktorej bol oboznámený s predpismi organizácie, pracovným procesom na pracovisku a s jeho špecifickými zásadami			
Podpis vedúceho pracovníka		Podpis účastníka odbornej praxe	
» bol dňa oboznámený so Záznamom o poučení osoby oprávnenej spracúvať osobné údaje a s predpismi BOZP a PO (platia dva roky.) T Podpis pracovníka ÚRLZ			

VYPLNENÚ A PODPÍSANÚ „KARTU ...“ ODOVZDAJTE ÚRLZ DO 3 PRACOVNÝCH DNÍ OD ZAČATIA VYKONÁVANIA ODBORNEJ PRAXE.