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 s predpismi BOZP a PO *(platí dva roky)* * bol dňa .......................... oboznámený so Záznamom o poučení osoby oprávnenej spracúvať   osobné údaje *(platí dva roky)*  **⎤⎡** Podpis pracovníka ÚRĽZ ................................... |

***Vyplnenú a podpísanú „Žiadosť ..“ odovzdajte ÚRĽZ do 3 pracovných dní od začatia vykonávania odbornej Praxe.***