**Žádost o schválení odborné stáže/praxe**

|  |  |
| --- | --- |
| *Místo konání stáže/praxe:* | **AGEL Středomoravská nemocniční a.s., Nemocnice AGEL Přerov** |
| *Požadované oddělení:* |  |
| *Požadovaný termín (od - do):* |  |
| *Počet pracovních dnů:* |  |
| *Datum narození:* |  |
| *Jméno stážisty:* |  |
| *Trvalé bydliště:* |  |
| *Telefon:* |  |
| *E-mail:* |  |
| ⌘*Univerzita /* 🞮 *Nemocnice:* |  |
| ⌘ *Studovaný obor/* 🞮 *Stáž v rámci specializační vzdělávání v oboru:* |  |
| *Ročník:* |  |
| *Vyjádření primář/vrchní sestra:* |  |

🞮 vyplní pouze lékaři a nelékaři

⌘ vyplňují studenti a žáci