**LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERZITY PALACKÉHO V OLOMOUCI**

Ž Á D O S T

O POVOLENÍ LÉKAŘSKÉ PRAXE

(volitelný předmět: DLF/VC011-DLF/VC012-DLF/VC013-DLF/VC014 Lékařská praxe 1,2,3,4

DLF/VC021-DLF/VC022-DLF/VC023-DLF/VC024 Zahraniční lékařská praxe 1,2,3,4)

Jméno, příjmení: **……………………………** Stud. program / ročník: …………………….

Datum narození: ……………………………Tel.: **……………………….............................**

Adresa: **………………………………………** E-mail: **……………………………………….**

Žádám o povolení absolvování praxe/stáže v oboru: **………………………………………………**

Nemocnice / pracoviště: ……………………………………………………………………………

Termín praxe: **……………………………….**

Zdůvodnění:

V Olomouci dne ……………………………………….

 podpis studenta / studentky

**Vyjádření příslušného proděkana:** 1) Souhlasím za podmínky uzavření *Smlouvy o zajištění*

 *praxe VŠ studentů* mezi LF a zdravot. zařízením

 2) Nesouhlasím

 V Olomouci dne ………………..

 …..…………………………………..

 proděkan / proděkanka LF