



NÁRODNÝ ÚSTAV DETSKÝCH CHORÔB
Limbová 1, 833 40 Bratislava, Slovenská republika

Žiadosť o absolvovanie povinnej letnej praxe v NÚDCH

Fyzická osoba (študent/štrudentka):

Meno a priezvisko:

Názov školy, fakulta, ročník:

Týmto žiadam súhlas s vykonaním povinnej letnej praxe v NÚDCH, ktorá vyplýva zo študijného plánu

na akademický rok nasledovne:

Názov kliniky NÚDCH :

Trvanie praxe (od - do):

V Bratislave dňa:

Vlastnoručný podpis: (študenta / štrudentky)

Stanovisko prednostu kliniky v NÚDCH:

súhlasím - nesúhlasím* s absolvovaním letnej praxe v uvedenom termíne

(* *nehodiace sa prečiarknite*)

V Bratislave dňa:

Vlastnoručný podpis: (prednostu kliniky)

PRÍLOHA: Posudok o zdravotnej spôsobilosti

Potvrdenie o návšteve školy / prípadne kópia ISAC karty