

Ústav ošetřovatelství 3. lékařská fakulta UK

Ruská 87, Praha 10, 100 00



Přihláška do certifikovaného vzdělávacího kurzu

MENTOR/KA KLINICKÉ PRAXE OŠETŘOVATELSTVÍ

PŘÍJMENÍ:

JMÉNO:

TITUL:

Datum narození:

Místo narození:

Rodné číslo:

Státní příslušnost:

Kontaktní e-mail:

Kontaktní telefon:

Adresa pro korespondenci:

.....

PRACOVISŤE – název a adresa zdravotnického zařízení včetně kliniky, ev. oddělení:

.....

.....

Aktuální pracovní pozice (zaškrtněte a doplňte)

Sestra u lůžka

Ambulantní sestra

Staniční sestra

Vrchní sestra Jiné

Délka praxe (zaškrtněte)

3 – 5 let

5 – 10 let

více než 10 let

Nejvyšší ukončené vzdělání (zaškrtněte a doplňte)

- SZŠ ukončená maturitou
- Vyšší odborné vzdělání (DiS)
- Vysokoškolské bakalářské (doplňte obor).....
- Vysokoškolské magisterské (doplňte obor).....
- Jiné (včetně specializace).....

Závazně se přihlašuji do Certifikovaného kurzu „Mentor/ka klinické praxe ošetrovatelství“.

Vyjádření a souhlas zaměstnavatele, razítko a podpis odpovědné osoby*

*hlavní sestra/vrchní sestra

Žadatel/ka současně potvrzuje svým podpisem souhlas se zpracováním poskytnutých osobních údajů pro účely této žádosti a archivace, a to v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění.

Datum:.....

Podpis žadatele:.....

Vyplněnou závaznou přihlášku v písemné podobě zašlete na adresu: Ústav ošetrovatelství, 3. lékařská fakulta UK, Ruská 87, Praha 10, 100 00, nejpozději do 13. 9. 2024.

Vyplňuje pracovník Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK

Žádost doručena dne:	
Žadatel zařazen do studia dne:	
CK absolvoval(a) v době od	do
a splnil(a) všechny požadavky stanovené vzdělávacím programem.	
Datum:	Podpis garanta:
Závěrečná zkouška vykonána dne:	
Číslo osvědčení:	Podpis absolventa kurzu:
Datum předání:	
Poznámka:	

