

Potvrzení o odborné praxi

Příjmení, jméno:

Datum narození:

Zdravotnické zařízení:

Oddělení / pracoviště:

Typ oddělení:

- Anesteziologicko-resuscitační oddělení
- Jedinotka intenzivní péče
- Jiné (*uved'te jaké*)

Pracovní zařazení:

- Anesteziologická sestra
- Všeobecná sestra u lůžka
- Jiné (*uved'te jaké*)

Délka aktivní praxe ¹		
Pracovní úvazek	Od (<i>datum</i>)	Do (<i>datum</i>)

Specializační studium v oboru ARIP/IP absolvováno dne:

Potvrzení vystavil:

.....

podpis + razítko

¹ Nepočítá se mateřská a rodičovská dovolená a jiné přerušení aktivní praxe.