Jméno: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Bydliště: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . PSČ: . . . . .

Akademický rok: . . . . . . . . . . .

Program: **Všeobecné lékařství**

Stud. skupina: . . . . . . . . . . . .

**P O T V  R Z  E N Í**

o vykonané prázdninové praxi 4. ročníku **chirurgie** (2 týdny)

od. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .do. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Potvrzuji, že uvedený/á studentka absolvovala v našem zdravotnickém zařízení prázdninovou praxi na lůžkovém oddělení/v ambulanci v uvedeném časovém rozsahu a podle fakultou předepsaného sylabu.

Hodnocení studenta vedoucím praxe:

 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 zdravotnické zařízení razítko a podpis