|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Praxe na pracovišti nutriční poradny LF OU | Nutriční poradna LF OU | Termín | oddo |  |
| Název oboru pregraduálního vzdělávání | Nutriční terapeut |
| Délka praxe | prac. dnů |   | Dle domluvy  |
| Příjmení, jméno, titul účastníka praxe |  |
| Datum narození |  | Státní příslušnost |  |
| Bydliště |  | Telefon |  |
| PSČ |  | E-mail |  |
| Škola |
| Adresa zaměstnavatele |  |
| IČ zaměstnavatele |  | Zaměstnavatel zastoupený |  |
| PSČ |  | Telefon |  |
| E-mail |  |
| Účastník bere na vědomí, že Lékařská fakulta Ostravské univerzity bude zpracovávat jeho osobní údaje v souladu s právními předpisy České republiky. |
| Razítko a podpis zaměstnavatele | Datum a podpis účastníka |