|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stáž na pracovišti nutriční poradny  LF OU | | Nutriční poradna LF OU | | | | Termín | od  do |  |
| Název oboru postgraduálního vzdělávání | | Nutriční terapeut | | | | | | |
| Délka stáže | | prac. dnů |  | | | doplňte, avšak minimálně 2 dny, maximálně 5 dnů | | |
| Příjmení, jméno, titul účastníka |  | | | | | | | |
| Datum narození |  | | | Státní příslušnost | |  | | |
| Bydliště |  | | | Telefon | |  | | |
| PSČ |  | | | E-mail | |  | | |
| Zaměstnavatel | | | | | | | | |
| Adresa zaměstnavatele |  | | | | | | | |
| IČ zaměstnavatele |  | | | Zaměstnavatel zastoupený |  | | | |
| PSČ |  | | | Telefon |  | | | |
| E-mail |  | | | | | | | |
| Ubytování – žadatel si zajišťuje sám | | | | | | | | |
| Úhrada stáže | | | | | | | | |
| zaměstnavatel  stážista | | | | | | | | |
| 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 | | | | |