

**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**  
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2, IČ: 00064165

*Odbor vzdělávání VFN v Praze*  
*Na Bojišti 1, 120 00 Praha 2*

## **Povinné údaje**

### **K SEPSÁNÍ SMLOUVY O ABSOLVOVÁNÍ STÁŽE**

<b>1. Informace o škole</b>					
<b>Přesný název školy</b>			<b>Sídlo školy</b> (přesná a úplná adresa)		
<b>Identifikační číslo školy</b> (IČ)			<b>Daňové identifikační číslo</b> (DIČ)		
<b>Statutární zástupce školy</b> (např. ředitel); celé jméno vč. titulů a funkce (pokud smlouvu podepíše jiná osoba v.z., je nutné přiložit <u>ověřenou</u> plnou moc)					
<b>Pedagogický zástupce školy</b>					
<b>Titul před jménem</b>	<b>Jméno</b>		<b>Příjmení</b>		<b>Titul za jménem</b>
<b>Telefon</b>			<b>e-mail</b>		
<b>2. Informace o stážistovi</b>					
<b>Titul před jménem</b>	<b>Jméno</b>		<b>Příjmení</b>		<b>Titul za jménem</b>
<b>Ulice</b>	<b>č. p. / č. o.</b>	<b>PSC</b>	<b>Město / Místo</b>	<b>Telefon</b>	<b>e-mail</b>
<b>Datum narození</b>	<b>Místo narození</b>		<b>Státní občanství</b>	<b>Ročník studia</b>	
<b>Studijní obor</b>					
<b>3. informace o stáži</b>					
<b>Místo výkonu stáže</b> (klinika, pracoviště VFN v Praze)					
<b>Druh práce v období stáže</b> (obor)			<b>Stáž v rámci specializačního vzdělávání v oboru</b> pokud ano, uveďte název oboru specializačního vzdělávání, certifikovaného kurzu, akreditovaného kvalifikačního kurzu		
<b>Termín stáže</b>			<b>Druh stáže</b> (zaškrtněte)		
<b>Od</b>		<b>Do</b>		<b>Teoretická</b>	<b>Praktická</b>
<b>Školitel ve VFN v Praze</b>					
<b>K vyplněnému dotazníku přiložte souhlas (přednosta, primáře nebo vrchní sestry) s vykonáním stáže</b>					
<b>Titul před jménem</b>	<b>Jméno</b>		<b>Příjmení</b>		<b>Titul za jménem</b>

Souhlasím s tím, aby s uvedenými údaji bylo nakládáno v souladu se zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Vyplněný dotazník, prosím, odešlete na e-mailovou adresu: [staze@vfn.cz](mailto:staze@vfn.cz)