|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Příjmení a jméno žadatele | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Kontaktní adresa | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Telefon |  | | | | | | | | | | e-mailová adresa | | | | | |  | | |
| Škola / fakulta | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obor studia | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téma závěrečné práce | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Termín sběru dat | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Pracoviště, kde bude sběr probíhat | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zjišťované informace | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma prezentace dat: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nahlížení do ZD: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poučení žadatele: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum: | |  | | | | | | Podpis žadatele | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vyjádření vedení pracoviště** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty | | | | | | | | | | | | | Souhlasím  Nesouhlasím | | | | | | |
| Datum | |  | | | | | | | Podpis | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Odpovědný náměstek / ředitele | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Vyjádření příslušného náměstka / ředitele | | | | | | | | | | | | Souhlasím  Nesouhlasím | | | | | | | |
| Bude za šetření vyžadována úhrada | | | | | | | | | | | | Ano  Ne | | | | | | Částka |  |
| Datum | |  | | | | | | Podpis | | | | | |  | | | | | |