

## Befogadó nyilatkozat

### Ápolásvezetés és irányítás területi gyakorlat

Igazolom, hogy az SZTE ETSZK Ápoló MSc hallgatóját Ápolásvezetés és irányítás területi gyakorlatra fogadom.

**A hallgató neve:**

.....

**Szak / tagozat / évfolyam:** MSc / Levelező tagozat / 2. szemeszter

**A gyakorlat megnevezése:** Ápolásvezetés és irányítás területi gyakorlat

**A gyakorlat időpontja:**

.....

**A gyakorlat időtartama:**

.....

**A befogadó intézmény pontos neve és címe:**

.....

.....

..

**A befogadó intézmény szolgálati telefonszáma:**

.....

**Az oktatást végző mentor neve (olvashatóan) és e-mail címe:**

.....

.....

..

Dátum: .....

Az oktatást végző mentor aláírása, pecsét:

.....  
Alírás/Pecset

A befogadó nyilatkozatot kérem a gyakorlat megkezdése előtt legkésőbb 2 héttel visszajuttatni Tari Dominika oktatásszervező részére személyesen, levélben, vagy e-mailben.

SZTE ETSZK Oktatásszervezési Iroda  
6726 Szeged, Temesvári krt. 31., Tel: 62/546-406, tari.dominika@szte.hu