

Befogadó nyilatkozat

Ápoló szakirányos hallgató klinikai gyakorlat teljesítéséhez

Igazolom, hogy az SZTE ETSZK hallgatóját gyakorlatra fogadom az alábbiak szerint:
Nyomtatott betűvel kérem kitölteni!

A hallgató neve:

Szak / tagozat/ évfolyam:

A gyakorlat megnevezése/ kódja:

.....

A gyakorlat időpontja:

A befogadó intézmény neve (kórház/osztály):

.....

A befogadó kórházi osztály telefonszáma:

Osztályvezető **főorvos** **neve:**

..... **Gyakorlatvezető** **neve:**

.....

Kitöltés dátuma:

..... ápolási igazgató

gyakorlatvezető

A befogadó nyilatkozatot kérem a gyakorlat megkezdése előtt legkésőbb 2 héttel visszajuttatni Tari Dominika oktatásszervező részére személyesen vagy levélben:

SZTE ETSZK Oktatásszervezési Iroda

6726 Szeged, Temesvári krt. 31

Tel:62/546-406

e-mail:tari.dominika@szte.hu