

## Befogadó nyilatkozat

Igazolom, hogy az SZTE ETSZK Ápoló szak hallgatóját 2 hetes (60 óra) Közösségi ápolás gyakorlatra fogadom!

EGY IDŐBEN UGYANAZON HÁZIORVOSNÁL 2 HALLGATÓ TÖLTHETI A GYAKORLATÁT!

**A hallgató neve:**

.....

**Szak / tagozat / évfolyam:**

.....

**A gyakorlat megnevezése:**

.....

**A gyakorlat időpontja:**

.....

**A befogadó házi orvos pontos neve és címe:**

.....

.....

**A házi orvos szolgálati telefonszáma:**

.....

**A közösségi ápoló neve (olvashatóan) és e-mail címe:**

.....

.....

**A családorvos neve (olvashatóan):**

.....

**A szolgálat rendelési ideje:**

<b>Időpont</b>	<b>1 hét</b>	<b>2 hét</b>
<b>Hétfő</b>		
<b>Kedd</b>		
<b>Szerda</b>		
<b>Csütörtök</b>		
<b>Péntek</b>		

.....  
orvos aláírása, pecsételi körzet

.....  
ápoló aláírása

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  
cím: tari.dominika@szte.hu