

Befogadó nyilatkozat
Ápoló szakirányos hallgató
Idős betegek ápolása területi 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:.....

.....

A befogadó intézmény telefonszáma:.....

Intézményvezető neve:.....

Gyakorlat vezető neve:.....

Gyakorlatvezető email címe:.....

Kitöltés dátuma:

.....

intézményvezető

.....

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