[](http://web.fhs.utb.cz/show_pic.php?lang=cs&p_id=2678&p_type=png)

**Přihláška do kurzu CŽV**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kurz: | | **Pedagogické vedení studentů v klinické praxi** | | | | | | | |
| Garant programu: | | PhDr. Anna Krátká, Ph.D. | | | | | | | |
| Účastník | | | | | | | | | |
| Příjmení |  | | | Jméno | | | | |  |
| Titul |  | | | Státní občanství | | | | |  |
| Datum narození |  | | | | Rodné číslo: | | | | |
| Místo narození |  | | | | | | | | |
| Adresa - bydliště |  | | | | | | | PSČ: | |
| Kontaktní | E-mail: | | | | | Telefon: | | | |
| Vzdělání  (uveďte absolvovaný studijní program + případnou specializaci) |  | | | | | | | | |
| Současné zaměstnání: | | | | | | | | | |
| Název a přesná adresa instituce (včetně PSČ) | |  | | | | | | | |
| Pracoviště / oddělení | |  | | | | | | | |
| Pracovní zařazení | |  | Délka praxe (roky) | | | |  | | |
| Vyjádření vrchní sestry | | Doporučuji  Nedoporučuji (zdůvodnění) | | | | | Podpis vrchní sestry  ……………………………………………… | | |
| *Dávám tímto kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené osobní údaje a fotodokumentaci pořízenou během kurzu za účelem propagace, realizace, a hodnocení projektu.*  *UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných čísel v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.* | | | | | | | | | |
| V ………………… dne …………… Podpis účastníka ………………………………………. | | | | | | | | | |

Vyplněnou přihlášku prosím odešlete do termínu stanoveném na pozvánce na e-mailovou adresu [kratka@fhs.utb.cz](mailto:kratka@fhs.utb.cz)