



---

---

### POTVRDENIE O ABSOLVOVANÍ SÚVISLEJ ODBORNEJ KLINICKEJ PRAXE

---

<b>Žiak/žiačka:</b>	<b>Trieda:</b>	<b>Školský rok:</b>
Zariadenie:	Zariadenie:	
Pracovisko/oddelenie:	Pracovisko/oddelenie:	
Termín realizácie:	Termín realizácie:	
Slovné hodnotenie:	Slovné hodnotenie:	
<b>Potvrdzujem, že žiak/žiačka vykonal/a v stanovenom termíne súvislú odbornú klinickú prax.</b>	<b>Potvrdzujem, že žiak/žiačka vykonal/a v stanovenom termíne súvislú odbornú klinickú prax.</b>	
V ..... dňa ..... podpis vedúcej sestry	V ..... dňa ..... podpis vedúcej sestry	



---

---

### POTVRDENIE O ABSOLVOVANÍ SÚVISLEJ ODBORNEJ KLINICKEJ PRAXE

---

<b>Žiak/žiačka:</b>	<b>Trieda:</b>	<b>Školský rok:</b>
Zariadenie:	Zariadenie:	
Pracovisko/oddelenie:	Pracovisko/oddelenie:	
Termín realizácie:	Termín realizácie:	
Slovné hodnotenie:	Slovné hodnotenie:	
<b>Potvrdzujem, že žiak/žiačka vykonal/a v stanovenom termíne súvislú odbornú klinickú prax.</b>	<b>Potvrdzujem, že žiak/žiačka vykonal/a v stanovenom termíne súvislú odbornú klinickú prax.</b>	
V ..... dňa ..... podpis vedúcej sestry	V ..... dňa ..... podpis vedúcej sestry	