**ŽÁDOST**

**o zařazení do Stipendijního programu NPK, a.s.**

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení |  |
| Jméno |  |
| Datum narození |  |
| Adresa trvalého pobytu |  |
| Doručovací adresa |  |
| Telefonní číslo |  |
| E-mail |  |
| Úplný název školy |  |
| Úplný název studijního oboru |  |
| Předpokládaný termín ukončení studia |  |
| Po úspěšném ukončení studia mám zájem pracovat v nemocnici | Chrudimská nemocnice\*Litomyšlská nemocnice\*Orlickoústecká nemocnice\*Pardubická nemocnice\*Svitavská nemocnice\* |
| Po úspěšném ukončení studia mám zájem pracovat na oddělení:  |  |
| Žádám o zařazení do Stipendijního programu od školního roku  |  |
| **Souhlas vedoucího zaměstnance oddělení s nástupem stipendisty po ukončení studia**………………………………………Jméno a příjmení | ………………………………………Podpis, razítko oddělení |
| **Potvrzení náměstkyně ošetřovatelské péče**………………………………………Jméno a příjmení | ………………………………………Podpis, razítko  |
| **Souhlas vedoucího odborné praxe (vyučujícího, který studenta doporučil ke stipendiu), potvrzení o splnění kritérií ke stipendiu**……………………………………….Jméno a příjmení | ……………………………………….Podpis, razítko  |

Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a aktuální. Dále prohlašuji, že jsem se seznámil/a se Stipendijním programem a porozuměl/a jsem mu.

V …………………. dne………………..

………………………………..

 Podpis žadatele

Souhlas zákonného zástupce žadatele (pokud je žadatel mladší 18-ti let)

V …………………. dne………………..

………………………………..

 Podpis zákonného zástupce