

## POTVRZENÍ O VYKONANÉ PRAXI

**Druh vzdělávacího programu:** specializační vzdělávání  
**Název vzdělávacího programu:** aplikovaná fyzioterapie  
**Část vzdělávacího programu:** praktická

Jméno, příjmení, titul :	Datum narození :	Adresa trvalého bydliště :
Zdravotnické zařízení, klinika, oddělení :	Praxe absolvována od - do :	Jméno odpovědného zástupce zařízení, podpis a razítko zařízení :
neurologické ( 1. týden )		
neurologické ( 2. týden )		
interní ( 1. týden )		
interní ( 2. týden )		
dětské ( 1. týden )		
dětské ( 2. týden )		
následná péče ( 1. týden ) ( LDN, rehabilitační odd. )		

Jméno, příjmení, titul :	Datum narození :	Adresa trvalého bydliště :
Zdravotnické zařízení, klinika, oddělení :	Praxe absolvována od - do :	Jméno odpovědného zástupce zařízení, podpis a razítko zařízení :
následná péče ( 2. týden ) ( LDN, rehabilitační odd. )		
ortopedické ( 1 týden )		
traumatologické ( 1 týden )		
ARO ( 1 týden )		
chirurgické ( 1 týden )		

**Prohlášení :**

Prohlašuji, že zde uvedené údaje jsou pravdivé.

V .....

Dne .....

.....  
Podpis účastníka specializačního vzdělávání