 Střední zdravotnická škola, Tábor, Mostecká 1912

**Potvrzení o absolvování odborné praxe v akreditovaném kurzu Sanitář**

**Jméno a příjmení:…………………………………………………………………………………………..**

| Datum | Oddělení – razítko | Podpis odpovědné osoby |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Svým podpisem stvrzuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé a odbornou praxi jsem řádně absolvoval/a v plném rozsahu předepsaných hodin v souladu se vzdělávacím plánem akreditovaného kurzu.*

V……………………dne:………………… Podpis:……………………………………………