**Soukromá střední zdravotnická škola Mělník, o.p.s**. 

**Potvrzení o splnění pracovní povinnosti v rozsahu 160 hodin**

**(od 12.10.2020-17.5.2021)**

**Jméno a příjmení studenta (studentky):**

**Třída:**

**Školní rok:**

**Zdravotnické zařízení (název, adresa, oddělení):**

**Počet odpracovaných hodin:**

1. **Období výkonu pracovní činnosti:**
2. **Časový rozsah prací:**

**Typ pracovní smlouvy (forma pracovního vztahu – DPP,DPČ…):**

V ……………………………. ………………………………….

 místo a datum podpis