

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 ošetrovatelské 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