

Souhlas s možným nástupem do KKN**(příloha k Žádosti o poskytnutí stipendia pro studenty VŠ, VOŠ)**

Termín praxe:	
Nemocnice:	
Oddělení:	
Upřesnění:	
Student (jméno a příjmení):	
Bydliště:	
Kontaktní e-mail:	
Telefon:	

Vyjádření zodpovědného pracovníka:**SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM (nehodící se škrtněte) s budoucím nástupem výše uvedeného studenta do KKN.****Jméno, datum, podpis a razítko oddělení:**