**Souhlas s realizací odborné praxe**

**Poskytovatel odborné praxe**

Název:

se sídlem:

IČO:

Místo realizace praxe:

Vedoucí zaměstnanec – přímý nadřízený (jméno a pozice):

**Student/ka**

Jméno a příjmení:

Studijní obor:

Datum narození:

**Předpokládaná náplň a činnosti vykonávané v rámci odborné praxe:**

**Předpokládaný časový rámec praxe:**

Souhlas poskytovatele s přijetím studenta k vykonání odborné praxe:

Jméno: Podpis:

Datum:

Souhlasím/nesouhlasím s vykonáním odborné praxe ve výše uvedené firmě za výše uvedených podmínek.

Jméno administrátora praxe: Podpis:

Datum: