**Formulář FSS OU – KAS: Informace o místě výkonu odborné praxe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název organizace, v níž je vykonávána odborná praxe** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Poslání, hodnoty, zásady  a cíle pracoviště odborné praxe** |  |
| **Poskytované sociální / zdravotně-sociální / zdravotní / vzdělávací / další služby**  **a jejich formy**  Sociální – ambulantní, terénní, pobytová. Zdravotní – terénní, lůžková, následná, ambulantní, školská – škola, speciálně pedagogické centrum apod. |  |
| **Organizační struktura pracoviště odborné praxe**  počet zaměstnanců, zastávané profese, pozice v hierarchii |  |
| **Cílová skupina / skupiny  klientů / pacientů pracoviště odborné praxe** |  |
| **Náplň práce sociálního a/nebo zdravotně-sociálního pracovníka a/nebo školského pracovníka nebo úředníka veřejné správy**  dle relevance pracoviště |  |
| **Zdroje financování pracoviště** včetně poskytovaných služeb |  |

|  |
| --- |
| **Síť spolupracujících aktérů** (v rámci poskytování služeb klientům/pacientům) |
|  |