

## Přihláška na odbornou stáž

Stáž na pracovišti nutriční poradny LF OU	<b>Nutriční poradna LF OU</b>	Termín od do	
Název oboru postgraduálního vzdělávání	<b>Nutriční terapeut</b>		
Délka stáže	prac. dnů	<b>doplňte, avšak minimálně 2 dny, maximálně 5 dnů</b>	
<b>Příjmení, jméno, titul účastníka</b>			
Datum narození		Státní příslušnost	
Bydliště		Telefon	
PSČ		E-mail	
<b>Zaměstnavatel</b>			
Adresa zaměstnavatele			
IČ zaměstnavatele		Zaměstnavatel zastoupený	
PSČ		Telefon	
E-mail			
<b>Ubytování – žadatel si zajišťuje sám</b>			
<b>Úhrada stáže</b>			
<input type="checkbox"/> zaměstnavatel <input type="checkbox"/> stážista			
Účastník bere na vědomí, že Lékařská fakulta Ostravské univerzity bude zpracovávat jeho osobní údaje v souladu s právními předpisy České republiky.			
Razítko a podpis zaměstnavatele		Datum a podpis účastníka	