**Údaje o druhu a režimu práce a o zdravotních a bezpečnostních rizicích této práce a míře rizik vyjádřené kategorií práce**

|  |  |
| --- | --- |
| **Student / studentka** (jméno a příjmení, ročník) |  |
| **Obor vzdělání** | **Sociální práce a sociální pedagogika** |
| **Vzdělávací program** (nehodící se škrtněte\*) | **Sociální práce; Sociální pedagogika**\* |
| **Výkon odborné praxe na pracovišti** (název a adresa) |  |
| **Pracovní pozice** |  |
| **Zařazení pracovních činností do kategorie** |  |
| **Termín odborné praxe** | od:  | do:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Místo, datum  |  |

 ..……………………………………………….

 podpis a razítko organizace

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Žádost o lékařskou prohlídku v průběhu vzdělávání**

 **před zařazením do praktického vyučování**

|  |
| --- |
| **Žádáme Vás o lékařskou prohlídku v průběhu vzdělávání před zařazením do praktického vyučování****Student / studentka** (jméno a příjmení) |
| **Student / studentka** (jméno a příjmení) **navštěvuje Vyšší odbornou školu sociální v Ostravě, kde studuje obor Sociální práce a sociální pedagogika, vzdělávací program Sociální práce / Sociální pedagogika** (nehodící se škrtněte\*)**.** |
| **V rámci odborné praxe bude vykonávat činnosti zařazené do pracovní kategorie (viz přiložený formulář).**  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ostrava, dne  |  |

 …..…….……………..…………………………………………..

 Mgr. Bc. Viktor Csölle, ředitel školy

**Poplatek za lékařskou prohlídku fakturujte** – Obchodní akademie a Vyšší odborná škola sociálně právní, Ostrava, příspěvková organizace, Karasova 16, 709 00 Ostrava-Mariánské Hory; KB Ostrava 6223761/0100; IČO 00602086