**VYJÁDŘENÍ ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ**

Potvrzujeme, že pan/í …………………………………………………………….

narozen/a ………………………………………………………………………….

je ve zdravotnickém zařízení ……………………………………………………..

v pracovním poměru s minimálním úvazkem 0,8 na lůžkovém oddělení

a DOPORUČUJEME/NEDOPORUČUJEME

zařadit zaměstnance do programu CŽV typu A Všeobecné ošetřovatelství.

--------------------------------------- -------------------------------------------------

Datum Podpis náměstkyně pro

ošetřovatelskou PÉČI

RAZÍTKO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ