**ŽÁDOST**

**o zařazení do Stipendijního programu NPK, a.s.**

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení |  |
| Jméno |  |
| Titul |  |
| Datum narození |  |
| Adresa trvalého pobytu |  |
| Doručovací adresa |  |
| Telefonní číslo |  |
| E-mail |  |
| Úplný název školy |  |
| Úplný název fakulty |  |
| Úplný název studijního oboru |  |
| Předpokládaný termín ukončení studia |  |
| Po úspěšném ukončení studia mám zájem pracovat v nemocnici | Chrudimská nemocnice\*  Litomyšlská nemocnice\*  Orlickoústecká nemocnice\*  Pardubická nemocnice\*  Svitavská nemocnice\* |
| Po úspěšném ukončení studia mám zájem pracovat na oddělení: |  |
| Žádám o zařazení do Stipendijního programu od akademického/školního roku |  |
| **Souhlas vedoucího zaměstnance s nástupem stipendisty na oddělení po ukončení studia**   * pro nelékařské obory vedoucí NLZP / NOP * pro lékařské obory primář oddělení/ NLP | ………………………………………  Jméno a příjmení  ………………………………………  Podpis, razítko oddělení |

Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a aktuální. Dále prohlašuji, že jsem se seznámil/a se Stipendijním programem a porozuměl/a jsem mu.

V …………………. dne………………..

………………………………..

Podpis žadatele