

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Plzeň,  
Karlovarská 99, 323 17 Plzeň

## POTVRZENÍ O ZAMĚSTNÁNÍ

Potvrzujeme, že níže uvedený(á):

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Bydliště: .....

- je zaměstnán(a) v organizaci:

Název organizace: .....

Adresa organizace: .....

IČ: .....

Statutární zástupce: .....

Kontaktní osoba: .....

- na pracovní pozici: .....
- s pracovním úvazkem: ..... hodin týdně
- v pracovním poměru<sup>1)</sup>: na dobu neurčitou x na dobu určitou do: .....

V ..... dne.....

.....  
Razítko a podpis odpovědné osoby

Potvrzení se vydává pro interní potřebu školy.

---

<sup>1)</sup> nevhodící škrtněte

Student odevzdává formulář vedoucí (vedoucímu) studijní skupiny.

Vyplněním tohoto formuláře dává student souhlas s uchováním osobních údajů uvedených v tomto formuláři, včetně příloh.  
 Formulář bude po vyřízení založen do osobní složky studenta a po ukončení studia archivován dle Spisového a skartačního řádu.