**Žádost o zařazení do stipendijního programu NNH**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení žadatele, titul:** |  |
| Datum narození: |  |
| Adresa trvalého bydliště: |  |
| Kontaktní telefon: |  |
| Kontaktní email: |  |
| **Název školy:** |  |
| Adresa školy: |  |
|
| **Obor studia:** |  |
| **Ročník studia:** |  |
| **Datum předpokládaného ukončení studia:** |  |
| **Datum zahájení výplaty stipendia + celkový počet měsíců požadovaného stipendia:** |  |

V ………..………… dne ………………………… .…..….…………………………………………………....

**Podpis žadatele**

*Souhlasím s tím, aby s uvedenými údaji bylo nakládáno v souladu se zákonem č.110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rekapitulace předpokládaných nákladů:** |  |  |  |  |  |  |
| Stipendium bude vypláceno od ……………..…..…… do ………..……...……, celkem ……………….. měsíců.  V souvislosti s poskytnutím stipendia nemocnice uhradí předpokládané náklady v celkové výši: | | | | | | |
| **………………………..………. Kč**. | | | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VYJÁDŘENÍ VEDOUCÍHO ZAMĚSTNANCE** | | | | | | | | | | |
|
| Náklady budou uhrazeny z NS: | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ………………………... | | **..………………………………….** | | | |
|  |  |  |  | datum |  | podpis | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VYJÁDŘENÍ PŘÍSLUŠNÉHO NÁMĚSTKA** | | | | | | | | | | |
|
|  |  |  |  | …………………………. | | **……………………………………** | | | |
|  |  |  |  | datum | | podpis | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VYJÁDŘENÍ VEDOUCÍHO ODBORU PERSONALISTIKY** | | | | | | | | | | |
|
|  |  |  |  | …………………………. | | **……………………………………** | | | |
|  |  |  |  | datum | | podpis | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VYJÁDŘENÍ ŘEDITELE NEMOCNICE** | | | | | | | | | | |
|
|  |  |  |  | …………………………. | | **……………………………………** | | | |
|  |  |  |  | datum | | podpis | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |