

Stáž na pracovišti	Rehabilitační ústav Hrabyně s detašovaným pracovištěm v Chuchelné		
V oboru spec. vzděl.	Rehabilitační a fyzikální medicína		
Areál	<input type="checkbox"/> Hrabyně		
	<input type="checkbox"/> Chuchelná		
Délka stáže	prac. dnů	Termín	
Příjmení, jméno, titul stážisty			
Datum narození		Státní příslušnost	
Bydliště		PSČ	
Telefon		E-mail	
Délka praxe			
Zaměstnavatel stážisty			
Sídlo zaměstnavatele			
IČO zaměstnavatele		Zaměstnavatel zastoupený	
PSČ		Telefon	
E-mail			
Ubytování stážisty			
<input type="checkbox"/> žádám	Od:		Počet noclehů
<input type="checkbox"/> nežádám	Do:		
Stážista svým podpisem uděluje Rehabilitačnímu ústavu Hrabyně s detašovaným pracovištěm v Chuchelné souhlas se zpracováním výše uvedených osobních údajů ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění pro účely organizace vzdělávací akce po dobu realizace vzdělávací akce a po dobu nezbytně nutnou k evidenci vzdělávací akce.			
Datum, razítko a podpis zaměstnavatele stážisty		Datum a podpis stážisty	