**Potvrzení lékaře o očkování proti hepatitidě typu B**

**Posuzovaná osoba**

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

**Škola**

Vysoká škola Polytechnická Jihlava

IČO: 71226401

Adresa školy: nám. Tolstého 16, 586 01 Jihlava

**Toto potvrzení je nutné odevzdat před nástupem na praxe garantovi praxí.**

**Očkování proti hepatitidě typu B:**

 ANO

 NE

V ................................. dne ………………. Razítko, podpis: .......……………….................

Prohlášení posuzované osoby:

Prohlašuji, že jsem pravdivě uvedl všechny informace.

V ................................. dne ………………. Podpis posuzované osoby: …....………………