

PROHLÁŠENÍ O SPLNĚNÍ VÝJIMKY

Já, níže podepsaný(-á)

jméno a příjmení:

datum narození:

telefon:

e-mail:

fakulta:

studijní program:

kolej:

pokoj:

v souvislosti s mimořádným opatřením Ministerstva zdravotnictví ze dne 19. dubna 2021 (Č.j.: MZDR 14600/2021-3/MIN/KAN) **tímto prohlašuji, že:**

- mám pracovní právní poměr s vysokou školou a na kolejích zůstávám ubytován za účelem výkonu této pracovní činnosti;
- účastním se na klinické a praktické výuce a praxi studentů posledních ročníků;
- se účastním na klinické a praktické výuce a praxi studentů všech ročníků studijních programů všeobecné lékařství, zubní lékařství, farmacie a dalších zdravotnických studijních programů;
- vykonávám pedagogickou praktickou výuku a praxi v mateřských, základních nebo středních školách nebo ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy;
- účastním se na individuálních konzultacích nebo při poradenských službách (pouze jeden student a jeden akademický pracovník nebo jiná osoba).

Poznámka: platné skutečnosti označte křížkem

Současně prohlašuji, že jsem si vědom(-a) právních následků v případě, že by toto moje prohlášení nebylo pravdivé.

v Ústí nad Labem dne:

podpis: