



## PLÁN REALIZACE ODBORNÉ PRAXE

I. Uchazeč o zaměstnání ABSOLVENT			
Jméno a příjmení:	XXX		
Datum narození:	XXX		
Kontaktní adresa:	XXX		
Telefon:	XXX		
Zdravotní stav dobrý: /zaškrtněte/ Omezení /vypište/:	XXX		
V evidenci ÚP ČR od:	XXX		
Vzdělání:	XXX		
Znalosti a dovednosti:	XXX		
Pracovní zkušenosti:	XXX		
Absolvent se účastnil před nástupem na odbornou praxi v rámci aktivit projektu:		rozsah	druh
a) Poradenství	XXX		XXX
b) Rekvalifikace			



## II. ZAMĚSTNAVATEL

Název organizace: Stomatologická laboratoř Lucie Hanzlová, s.r.o.

Adresa pracoviště: Riegrova 585/13, 419 01 Duchcov

Vedoucí pracoviště: XXX

Kontakt na vedoucího pracoviště: XXX

Zaměstnanec pověřený vedením  
odborné praxe – **MENTOR** NE

Jméno a příjmení:

Kontakt:

Pracovní pozice/Funkce Mentora

Druh práce Mentora /rámec  
pracovní náplně/



### III. ODBORNÁ PRAXE

Název pracovní pozice absolventa: Zubní technik

Místo výkonu odborné praxe: Riegrova 585/13, 419 01 Duchcov

Smluvený rozsah odborné praxe: 40 hodin týdně / 12 měsíců

Kvalifikační požadavky na absolventa: XXX

Specifické požadavky na absolventa: XXX

Druh práce - rámec pracovní náplně absolventa: XXX

#### KONKRETIZUJTE STANOVENÍ CÍLŮ ODBORNÉ PRAXE A ZPŮSOB JEJICH DOSAŽENÍ:

##### PRŮBĚŽNÉ CÍLE:

**Zadání konkrétních úkolů činnosti** XXX  
*/v případě potřeby doplňte řádky nebo doložte přílohou/*

**STRATEGICKÉ CÍLE:** XXX  
*/v případě potřeby doplňte řádky nebo doložte přílohou/*

##### VÝSTUPY ODBORNÉ PRAXE: */doložte přílohou/*

Název přílohy:	Datum vydání přílohy:
<b>Příloha č. 2</b> Průběžné hodnocení absolventa	4/2024; 7/2024; 10/2024; 1/2025
<b>Příloha č. 3</b> Závěrečné hodnocení absolventa	1/2025
<b>Příloha č. 4</b> Osvědčení o absolvování odborné praxe	1/2025
<b>Příloha:</b> Reference pro budoucího zaměstnavatele*	1/2025



## HARMONOGRAM ODBORNÉ PRAXE

*Harmonogram odborné praxe, tj. časový a obsahový rámec průběhu odborné praxe je vhodné předjednat a konzultovat mezi zaměstnancem KrP a KoP ÚP ČR, mentorem a absolventem již před nástupem absolventa na odbornou praxi, aby jeho rámec byl zřejmý již před podepsáním Dohody o vyhrazení společensky účelného pracovního místa a popřípadě Dohody o poskytnutí příspěvku na mentora. Podle aktuální situace a potřeby může být harmonogram doplňován nebo upravován.*

*/v případě potřeby doplňte řádky/*

Měsíc/Datum		Aktivita	Rozsah	Zapojení Mentora
Leden2024	XXX		40 hodin týdně	
Únor 2024	XXX		40 hodin týdně	
Březen 2024	XXX		40 hodin týdně	
Duben 2024	XXX		40 hodin týdně	
Květen 2024	XXX		40 hodin týdně	
Červen 2024	XXX		40 hodin týdně	
Červenec 2024	XXX		40 hodin týdně	
Srpen 2024	XXX		40 hodin týdně	
Září 2024	XXX		40 hodin týdně	
Říjen 2024	XXX		40 hodin týdně	
Listopad 2024	XXX		40 hodin týdně	
Prosinec 2024	XXX		40 hodin týdně	

*\* V případě, že si zaměstnavatel účastníka neponechá v pracovním poměru po skončení odborné praxe, poskytne zaměstnavatel „Reference pro budoucího zaměstnavatele“, a to ve volné formě.*

Schválil(a):.....XXX.....dne.....  
(jméno, příjmení, podpis)