

INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ  
Ruská 85, 100 05 Praha 10

**ŽÁDOST O ZAŘAZENÍ  
DO CERTIFIKOVANÉHO KURZU**

Název certifikovaného kurzu .....

Jméno, příjmení, titul .....

Dřívější příjmení, včetně rodného .....

Datum a místo narození ..... Rodné číslo .....

Fakulta (název, sídlo):..... Studijní program:.....

Datum ukončení studia (státní závěrečné zkoušky, promoce).....

Adresa bydliště (kontaktní).....

PSČ..... Tel..... E-mail.....

Adresa pracoviště .....

..... PSČ..... Tel..... E-mail.....

Pracovní zařazení .....

Zařazení do specializace v oboru .....

Datum zařazení, event. atestace.....

Žádám o ubytování v době konání kurzů (zaškrtněte) – ano – ne.

Souhlasím s tím, aby s uvedenými údaji bylo nakládáno v souladu se zákonem č. 101/200 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Datum ..... Podpis uchazeče .....

Podpis a razítko statutárního orgánu (u zaměstnance).....

Datum .....

**K žádosti přiložte:**

- ověřenou kopii dokladu o vzdělání (diplom a vysvědčení o státní závěrečné zkoušce) nebo osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu

-----  
Přihlášku zasílejte na adresu: IPVZ, Studijní oddělení, Ruská 85, 100 05 Praha 10.