

PŘIHLÁŠKA

k závěrečnému pohovoru podle § 11, odst. (1), písm. b) zákona č. 95/2004
Sb. za účelem celkového zhodnocení doplňující odborné praxe a vydání
P o t v r z e n í o jejím ukončení.

Místo konání: IPVZ, katedra lékárenství, Ruská 85, 100 05 Praha 10

Jméno, příjmení, titul:

Datum a místo narození:

Rodné číslo:

Státní příslušnost:

Datum státní zkoušky (poslední):

Datum zařazení do specializačního oboru nebo doplňující odborné praxe:

Kontaktní adresa:

Pracoviště:

Telefon:

E-mail:

Chronologický přehled absolvované odborné praxe, včetně povinné praxe v oboru a doplňkové povinné praxe stanovené vzdělávacím programem oboru:

Zařízení:
(název)

oddělení:
(název)

přesné datum
od-do
(tj. součet měsíců,
týdnů, dnů)

úvazek:

Zařízení: (název)	oddělení: (název)	přesné datum od-do (tj. součet měsíců, týdnů, dnů)	úvazek:

Přerušeni odborné praxe (mateřská a rodičovská dovolená, vojenská činná služba, civilní služba, pracovní neschopnost apod.) do-do:

.....
.....

Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. ve znění pozdějších předpisů souhlasím, aby uvedená osobní data byla použita pro účely archivace.

.....
datum vyplnění přihlášky

.....
podpis uchazeče

Potvrzení správnosti údajů uvedených v přihlášce, průkazu odbornosti, event. logbooku:

.....
.....
.....
.....

Datum

razítko

podpis
školitele/stat. zást. organizace

K pohovoru si přineste:

Průkaz odbornosti (Specializační index) s pravidelným průběžným hodnocením školitelem v šestiměsíčních intervalech a potvrzeními o účasti na vzdělávacích aktivitách podle vzdělávacího programu.

Přihlášku zašlete na adresu:

Institut postgraduálního vzdělávání
ve zdravotnictví
Katedra lékárenství (pí I. Vrchotová)
Ruská 85
100 05 Praha 10