

**PŘIHLÁŠKA K ATESTAČNÍ ZKOUŠCE
PRO ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY NELEKÁŘSKÝCH
ZDRAVOTNICKÝCH POVOLÁNÍ**

Název oboru

Datum zařazení do studia (z indexu, průkazu odbornosti)

Příjmení, jméno, titul

Datum a místo narození rodné příjmení

Rodné číslo / státní příslušnost

Adresa pro doručování písemnosti

PSČ e-mail @ telefon

V případě, že upřednostňujete vykonání zkoušky v konkrétním akreditovaném zařízení, uveďte, prosím, název zařízení a předpokládaný termín:

.....

.....

Poučení:

S údaji bude nakládáno pouze způsobem odpovídajícím příslušným ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů. K Vaším osobním údajům budou mít přístup pouze oprávněné osoby vázané mlčenlivostí.

Tímto výslovně prohlašuji, že souhlasím se zpracováním mnou poskytnutých osobních údajů pro účely této žádosti Ministerstvem zdravotnictví, jakož i s tím, že mé osobní údaje mohou být poskytnuty třetím osobám, a to v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění.

Datum:

Podpis:

K přihlášce přiložte: kopii rozhodnutí o započítání části vzdělávacího programu, pokud Vám bylo vystaveno.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
128 01 PRAHA 2, PALACKÉHO NÁM. 4

Příjmení, jméno, titul žadatele

Přehled o absolvovaném specializačním vzdělávání

Absolvent splnil všechny požadavky stanovené vzdělávacím programem včetně výkonů v rámci vlastního resp. akreditovaného zařízení dle pokynů vedoucího studia či školitele.

Chronologický přehled o výkonu zdravotnického povolání v příslušném oboru specializace (pro specializační obor organizace a řízení zdravotnictví o výkonu zdravotnického povolání)			
Název organizace:	Název oddělení: pracovní zařazení	přesné datum od – do (tj. součet měsíců, týdnů, dnů)	úvazek

Přerušení výkonu zdravotnického povolání delší než 14 týdnů v kalendářním roce (mateřská a rodičovská dovolená, vojenská činná služba, pracovní neschopnost) od – do

.....
Výše uvedené údaje odpovídají záznamům v průkazu odbornosti, logbooku, event. ve studijním průkazu.

Jméno a příjmení školitele

Datum:

Podpis:

.....
razítko a podpis statutárního zástupce akreditovaného zařízení

Příloha k přihlášce

Poučení:

Přihlášku k atestační zkoušce str. 1 – 2 zasílejte na adresu příslušné pověřené organizace.

U zdravotnických povolání: všeobecná sestra s výjimkou perfuziologie, porodní asistentka, ergoterapeut, radiologický asistent, zdravotní laborant, zdravotně-sociální pracovník, optometrista, ortoptista, asistent ochrany a podpory veřejného zdraví, ortotik-protetik, nutriční terapeut, zubní technik, dentální hygienistka, zdravotnický záchranář, farmaceutický asistent, fyzioterapeut, odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví, odborný pracovník v laboratorních metodách a přípravě léčivých přípravků v oboru ochrana veřejného zdraví a specializační obor organizace a řízení

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických pracovníků v Brně – NCO NZO
Oddělení specializačního studia
Vinařská 6, 603 00 Brno

U zdravotnických povolání: biomedicínský technik, všeobecná sestra v oboru perfuziologie, psycholog, logoped, radiologický fyzik, odborný pracovník v laboratorních metodách a přípravě léčivých přípravků s výjimkou oboru ochrana veřejného zdraví, biomedicínský inženýr

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví – IPVZ
Studijní oddělení
Ruská 85, 100 05 Praha 10

Upozornění:

Nesprávně, neúplně nebo nečitelně vyplněná přihláška (včetně potvrzení) bude vrácena.