

INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

PŘIHLÁŠKA

k závěrečné zkoušce akreditovaného kvalifikačního kurzu

Název oboru.....
Jméno, příjmení, titul.....
Dřívější příjmení včetně rodného.....
Datum a místo narození.....
Odborné vzdělání (škola, fakulta, adresa školy, studijní obor).....
.....
Adresa bydliště.....
..... PSČ.....
Adresa bydliště (kontaktní).....
..... PSČ.....
Adresa pracoviště.....
..... PSČ.....
Telefon..... Mobil..... E-mail.....
Pracovní
zařazení..... Organizace.....
Zařazení do navazujícího magisterského nebo doktorského studijního programu na vysoké škole, od
roku..... obor.....
Zpětný zápočet studia nebo odborné praxe povolen dne.....

Souhlasím s tím, aby s mými údaji bylo nakládáno v souladu se zákonem č.101/2000Sb., zákon o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

.....
datum podpis uchazeče

Potvrzení akreditovaného zařízení, že uchazeč splnil podmínky stanovené vzdělávacím programem a potvrzení správnosti údajů uvedených v přihlášce:

.....
datum podpis a razítko statutárního zástupce podpis školitele

1. K přihlášce přiložte:

Stejnopis nebo úředně ověřenou kopii rozhodnutí o započtení části dříve absolvovaného studia, pokud tato část studia byla započtena.

2. Přihlášku ke zkoušce zasílejte na adresu: IPVZ, Ruská 85, 100 05 Praha 10

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