INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

# Ruská 2412/85, 100 00 Praha 10

## **PŘIHLÁŠKA**

**k Certifikovanému kurzu Technická audiologie\*)**

Titul, příjmení, jméno:

Dřívější příjmení, včetně rodného:

Datum a místo narození: Rodné číslo:

Dokončené vysokoškolské vzdělání

(Uveďte název vysoké školy, fakulty, studijní program a obor):

Datum dokončení studia (státní závěrečné zkoušky):

a) Adresa bydliště (kontaktní):

PSČ:

b) Adresa pracoviště:

PSČ:

**Osvědčení o absolvování kurzu požaduji zaslat na adresu a) b)** *(škrtněte, co se nehodí)*

Telefon: Mobil: E-mail:

Pracovní zařazení: od (datum):

Informace o zpracování osobních údajů naleznete na adrese <https://www.ipvz.cz/zasady-ochrany-osobnich-udaju>

Datum: Podpis uchazeče:

Podpis a razítko zaměstnavatele:

Oskenovanou přihlášku zašlete na e-mail: [darina.dubova@ipvz.cz](mailto:darina.dubova@ipvz.cz) (Ing. Dubová)

**Upozornění**: Neúplně nebo **nečitelně** vyplněná a nepotvrzená přihláška bude vrácena!

V případě pochybností, zda dokladované vzdělání odpovídá požadavku § 20, odst. 1, písm. b, resp. § 27, odst. 1, písm. b, zák. č. 96/2004 Sb., mohou být na zájemci požadovány další údaje.