

## PŘIHLÁŠKA

### k závěrečné zkoušce akreditovaného kvalifikačního kurzu LABORATORNÍ METODY V ASISTOVANÉ REPRODUKCI

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

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 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 |



**K přihlášce přiložte:** Stejnopis nebo úředně ověřenou kopii rozhodnutí o započtení části dříve absolvovaného studia, pokud tato část studia byla započtena. **Přihlášku zasílejte na adresu:** IPVZ, Ruská 85, 100 00 Praha 10. Neúplně nebo nečitelně vyplněná a nepotvrzená přihláška bude vrácena!

Informace o zpracování osobních údajů naleznete na adrese [www.ipvz.cz/zasady-ochrany-osobnich-udaju](http://www.ipvz.cz/zasady-ochrany-osobnich-udaju)

