

PŘIHLÁŠKA k závěrečné zkoušce

Akreditovaný kvalifikační kurz PSYCHOLOG VE ZDRAVOTNICTVÍ

Jméno, příjmení, titul			
Dřívější příjmení, včetně rodného			
Datum a místo narození		Rodné číslo	
E-mail		Telefon	
Adresa bydliště (kontaktní)		PSČ	
Kurz absolvován v termínu:		Preferovaný termín zkoušky	

Adresa pracoviště		PSČ	
Pracovní zařazení a organizace			
Zpětný zápočet studia nebo odborné praxe povolen dne			

Datum	Podpis uchazeče
-------	-----------------

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

Přihlášku ke zkoušce zasílejte na adresu: IPVZ, Ruská 85, 100 00 Praha 10 nebo na e-mail: natalie.kalajdzieva@ipvz.cz

Upozornění: Neúplné nebo nečitelně vyplněná přihláška bude vrácena!

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