|  |
| --- |
| **PŘIHLÁŠKA****k závěrečné zkoušce kvalifikačního kurzu pro získání specializace v oboru Praktické lékařství pro děti a dorost** |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno, příjmení, titul |       |
| Dřívější příjmení, včetně rodného |       |
| Datum a místo narození |       | Rodné číslo |       |
| Státní příslušnost |  |
| Adresa bydliště (kontaktní) |       | PSČ |       |
| E-mail |       | Telefon |       |
| Předpokládaný termín závěrečné zkoušky  |  |

**Chronologický přehled absolvované odborné praxe na akreditovaném pracovišti**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zařízení (název): | Oddělení: | Přesné datum od – do  | Počet hodin/týden | Délka výkonu povolání |
|  |  |  |  |  |

razítko a podpis školitele

***Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto formuláři jsou správné, úplné a zakládají se na pravdě:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Jméno a příjmení:***      | ***Podpis:*** | ***Datum:***      | ***Místo:***      |

|  |
| --- |
| **K přihlášce přiložte:**Kopii rozhodnutí o započítání dosavadní praxe.Kopii potvrzení o absolvování povinných školicích akcí/kurzů, včetně e-kurzu.**Přihlášku zašlete na adresu:** IPVZ, Studijní oddělení, Ruská 2412/85, Praha 10, 100 00ID datové schránky IPVZ: **cf2uiwg****Upozornění:** Neúplně nebo nečitelně vyplněná a nepotvrzená přihláška bude vrácena!  |
| **Informace o zpracování osobních údajů naleznete na adrese www.ipvz.cz/zasady-ochrany-osobnich-udaju** |