|  |
| --- |
| **ŽÁDOST O ZAPOČÍTÁNÍ DOSAVADNÍ PRAXE PO ROCE 1998 V ORDINACI PLDD**  (mimo povinné náplně v rámci specializačního vzdělávání v oboru Dětské lékařství) |

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

**Chronologický přehled absolvované praxe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zařízení (název ordinace PLDD, pracoviště LSPP): | Přesné datum od – do | Úvazek (počet pracovních dnů v týdnu) |
|  |  |  |

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

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

|  |
| --- |
| **K žádosti přiložte:**  Kopii písemného potvrzení o absolvování praxe (v průkazu odbornosti, logbooku, od akreditovaného zařízení atd.)  Kopii dokladů o získání specializované způsobilosti v oboru Dětské lékařství.  **Žádost včetně příloh** **zašlete na adresu:**  IPVZ, Studijní oddělení, Ruská 2412/85, Praha 10, 100 00  ID datové schránky IPVZ: **cf2uiwg**  **Poplatek** za podání žádosti ve výši **500 Kč uhraďte prosím na účet:**  Česká národní banka, Praha 1, **3711-0002528001/0710**, variabilní symbol **9204** (do poznámky pro příjemce uveďte **příjmení a jméno žadatele**)  **Upozornění:** Žádost vyplňte, prosím, čitelně hůlkovým písmem nebo na počítači. Neúplně nebo nečitelně vyplněná a nepotvrzená žádost bude vrácena! |
| **Informace o zpracování osobních údajů naleznete na adrese www.ipvz.cz/zasady-ochrany-osobnich-udaju** |