|  |
| --- |
| **ŽÁDOST O ZAŘAZENÍ****do 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 |       |
| Adresa pracoviště (nepovinné) |       | PSČ |       |
| E-mail |       | Telefon |       |
| Vysokoškolské vzdělání (škola, fakulta), datum ukončení |       |
| Datum získání specializované způsobilosti v oboru Dětské lékařství |  |

***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 dokladů o získání odborné způsobilosti. Kopii dokladů o získání specializované způsobilosti v oboru Dětské lékařství.Průkaz odbornosti. **Žádost (**popř. včetně dokladu o úhradě poplatku za průkaz odbornosti ve výši 330 Kč) **zašlete na adresu:** IPVZ, Studijní oddělení, Ruská 2412/85, Praha 10, 100 00ID datové schránky IPVZ: **cf2uiwg**Stanovený poplatek uhraďte, prosím, na účet u ČNB, číslo účtu 19535101/0710, v.s. 602391.**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** |