|  |
| --- |
| **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 00  ID 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** |