|  |
| --- |
| **PŘIHLÁŠKA****k závěrečné zkoušce certifikovaného kurzu** |

|  |  |
| --- | --- |
| Název oboru | Veřejné zdravotnictví |
| Jméno, příjmení, titul |  |
| E-mail |  | Telefon |  |
| Datum a **místo narození** |  |
| Adresa korespondenční (pro zaslání certifikátu) |  | PSČ |  |
| Předpokládaný termín závěrečné zkoušky |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum** | **Podpis uchazeče** |
|  |  |
| **Výkony, které potvrzuje zaměstnavatel**(je možno doložit na samostatném potvrzení) | **Podpis, datum a razítko** |
| Aktivní účast na přípravě a realizaci simulačního cvičení zaměřeného na připravenost na krizové situace a mimořádné události |  |

|  |
| --- |
| Přihlášku ke zkoušce lze zaslat v papírové podobě na adresu: IPVZ, Ruská 85, 100 00 Praha 10do datové schránky: cf2uiwgnebo emailem: **petra.pexova@ipvz.cz****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** |