Žádost

**o započítání absolvované části specializačního vzdělávání podle čl. II, Přechodná ustanovení, odst. 3 písm. b) zákona č. 67/2017 Sb., kterým se novelizuje zákon č. 95/2004 Sb.,** (ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona se započte již absolvovaná část specializačního vzdělávání, pokud svým obsahem a rozsahem odpovídá příslušnému novému vzdělávacímu programu).

**Žádám o započítání odborné praxe absolvované na akreditovaném pracovišti**

**ve specializačním oboru**

**datum zařazení do uvedeného oboru**: ………………………………………

**název základního kmene**

**datum absolvování** **základního kmene**………………………………………

**do základního kmene podle vyhlášky:**

č. 397/2020 Sb. č. 386/2024 Sb.

**ze specializační přípravy podle vzdělávacího programu:**

rok 2005 rok 2009 rok 2011 rok 2015

**do specializační přípravy podle vzdělávacího programu z roku 2018 a novější.**

**Předchozí atestace (obor, datum vykonání atestační zkoušky):**

**Příjmení, jméno, titul** . **Datum narození:**

**Adresa trvalého bydliště**

**Doručovací adresa** (je-li odlišná od adresy trvalého bydliště**)** ……………………………….…………….

**ID datové schránky žadatele:** ………………………….

**Telefon**: **e-mail**:

**Zaměstnavatel**:

Upozornění:

Žádost vyplňte, prosím, na počítači nebo čitelně hůlkovým písmem.

Nesprávně, neúplně nebo nečitelně vyplněná žádost bude vrácena.

Důkladně si pročtěte **informace k vyplnění žádosti a doložení dokumentace.**

Přehled absolvované odborné praxe (nevyplňujte kurzy), o jejíž započítání žádám:

Název oboru/stáže přesně podle náplně vzdělávacího programu vč. předepsané délky

* **do základního kmene:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Povinná praxe:** | Akreditované pracoviště | přesné období absolvované praxe  od – do | Počet hodin/ týden |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **do vlastního specializovaného výcviku:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Povinná praxe:** | Akreditované pracoviště | přesné období absolvované praxe  od – do | Počet hodin/ týden |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Povinná doplňková praxe:** | Akreditované pracoviště | přesné období absolvované praxe  od – do | Počet hodin/ týden |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Období MD/RD: …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………

Přehled odborné praxe absolvované nad rámec vzdělávacího programu (informativní, nepovinné):

* **do základního kmene:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Akreditované pracoviště, příp. typ pracoviště | Oddělení | přesné období absolvované praxe  od – do (součet měsíců) | Počet hodin/ týden |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **do vlastního specializovaného výcviku:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Akreditované pracoviště, příp. typ pracoviště | Oddělení | přesné období absolvované praxe  od – do (součet měsíců) | Počet hodin/ týden |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

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

**Poplatek** za podání žádosti o započítání odborné praxe je ve výši **500 Kč**.

Stanovený poplatek uhraďte, prosím, na účet: Česká národní banka, Praha 1, **3711-0002528001/0710**, variabilní symbol **9204** (do poznámky pro příjemce uveďte **příjmení a jméno žadatele**)

**Žádost** včetně příloh a dokladu o úhradě poplatku zašlete na adresu Studijního oddělení **IPVZ**:

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Mgr. Jana Kysučanová, Ruská 2412/85, Praha 10, 100 00 nebo do datové schránky. ID datové schránky IPVZ: cf2uiwg