



Ž á d o s t

1. o započítání odborné praxe, popřípadě její části podle § 5 odst. 8 písm. a) zákona č. 95/2004 Sb. (v jiném oboru specializace, pokud odpovídá její obsah příslušnému vzdělávacímu programu)
2. o posouzení odborné praxe před atestační zkouškou v oboru

Žádám o započítání odborné praxe absolvované na akreditovaném pracovišti

ve specializačním oboru

do specializačního oboru

v období od do absolvované v

Příjmení, jméno, titul Datum narození:

Adresa bydliště (kontaktní):

Adresa zaměstnavatele:

Telefon: e-mail:

Datum zařazení do výše uvedeného oboru:

Specializační příprava dle vzdělávacího programu:

rok 2005 rok 2009 rok 2011 rok 2015

Datum státní zkoušky:

Data předchozích atestací:

.....

Datum ukončení společného základu (vzdělávací program z roku 2005)/ základního kmene

(vzdělávací program z roku 2009, 2011) **testem v oboru:**

.....

.....

Upozornění:

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

Nesprávně, neúplně nebo nečitelně vyplněná žádost bude vrácena.

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
Ruská 85, 100 05 Praha 10

e-mail: ipvz@ipvz.cz, web: www.ipvz.cz
tel.: +420 271 019 111, fax: +420 272 740 458



Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
Ruská 85, 100 05 Praha 10

Chronologický přehled absolvované odborné praxe na akreditovaném pracovišti, vč. povinné praxe v oboru a doplňkové povinné praxe stanovené vzdělávacím programem oboru (vč. přerušění praxe např. mateřskou a rodičovskou dovolenou):

Zařízení (název):	Oddělení:	Přesné datum od – do (součet měsíců)	Počet hodin/týden*	Akreditované pracoviště a typ pracoviště Datum udělení a ukončení akreditace**

* počet hodin/týden odpovídající stanovené týdenní pracovní době podle ust. §83 zákona č. 262/2006 Sb.

** informace o udělených akreditacích naleznete na stránkách MZ ČR http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/akreditovana-zarizeni_1738_3.html

U žádosti podle ad 1) je nutné přiložit fotokopii příslušných stránek z průkazu odbornosti/specializačního indexu a logbooku s vyplněným Přehledem požadovaných operačních/léčebných výkonů.

.....
razítko a podpis školitele

.....
razítko a podpis statutárního zástupce

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

<i>Jméno a příjmení:</i>	<i>Podpis:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Místo:</i>
---------------------------------	-----------------------	----------------------	----------------------

Poplatek za podání žádosti o započítání odborné praxe ad 1) a ad 2) je ve výši **500,- Kč**. Stanovený poplatek uhradte, prosím, u ČNB, číslo účtu 19535101/0710, v.s. 602391.

Žádost včetně dokladu o úhradě poplatku zašlete na adresu:
IPVZ, Bc. Nora Veselá, Ruská 85, Praha 10, 100 05