Tip: tento formulář je interaktivní. Vyplňte ho, prosím, nejlépe v programu Adobe Reader

PŘIHLÁŠKA

k závěrečnému pohovoru podle § 11, odst. (1), písm. b) zákona č. 95/2004 Sb. za účelem celkového zhodnocení doplňující odborné praxe a vydání **Potvrzení** o jejím ukončení.

Místo konání: IPVZ, katedra lékárenství, Ruská 85, 100 05 Praha 10

Jméno, příjmení, titul:

Datum a místo narození | | | | | | | | | v

Státní příslušnost Jiné

Datum státní zkoušky | | | | | | | | |

Datum zařazení do specializačního oboru nebo doplňující odborné praxe: | | | | | | | | |

Kontaktní adresa

Ulice č.

Obec PSČ

Stát

Telefon Email

Pracoviště uchazeče

Chronologický přehled absolvované odborné praxe, včetně povinné praxe v oboru a doplňkové povinné praxe stanovené vzdělávacím programem oboru:

Zařízení (název)	Oddělení (název)	Přesné datum od-do	Úvazek

Přerušení odborné praxe (mateřská a rodičovská dovolená, vojenská činná služba, civilní služba, pracovní neschopnost apod.) od-do:

Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. ve znění pozdějších předpisů souhlasím, aby uvedená osobní data byla použita pro účely archivace.

Datum vyplnění přihlášky

Podpis uchazeče

Potvrzení správnosti údajů uvedených v přihlášce, průkazu odbornosti, event. logbooku:

Datum potvrzení

Razítko

Podpis školitele/ statutárního zástupce organizace

K pohovoru si přineste:

Průkaz odbornosti (Specializační index) s pravidelným průběžným hodnocením školitelem v šestiměsíčních intervalech a potvrzeními o účasti na vzdělávacích aktivitách podle vzdělávacího programu.

Přihlášku zašlete, prosím, na adresu:

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
Katedra lékárenství
Ruská 85
100 05 Praha 10