



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

# Ž á d o s t

**o započítání absolvované části specializačního vzdělávání podle čl. II, Přejímaná 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: .....**

**datum absolvování základního kmene.....**

**název kmene .....**

**specializační příprava podle vzdělávacího programu:**

☐ rok 2005    ☐ rok 2009    ☐ rok 2011    ☐ rok 2015

**do specializačního oboru .....**

**datum zařazení do uvedeného oboru: .....**

**do základního kmene .....**

**specializační příprava podle vzdělávacího programu:**

☐ rok 2018/2019

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

**Adresa trvalého bydliště .....**

**Adresa zaměstnavatele: .....**

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

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

*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

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

| Zařízení (název): | Oddělení: | Přesné datum od – do<br>(součet měsíců) | Počet<br>hodin/<br>týden* | Akreditované pracoviště<br>a typ pracoviště |
|-------------------|-----------|-----------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------|
|                   |           |                                         |                           | Datum udělení<br>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 <https://www.mzcr.cz/seznam-akreditovanych-pracovist/>

**K žádosti je nutné doložit fotokopii příslušných stránek z průkazu odbornosti (specializačního indexu) a logbooku s vyplněným Přehledem požadovaných operačních/léčebných výkonů.**

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

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

**Poplatek** za podání žádosti o započítání odborné praxe je ve výši **550,- Kč**.

Stanovený poplatek uhradte, prosím, u ČNB, číslo účtu 19535101/0710, v.s. 602391.

**Žádost včetně dokladu o úhradě poplatku** zašlete na adresu:

IPVZ, Mgr. Nora Veselá, Ruská 85, Praha 10, 100 05

**Informace o zpracování osobních údajů naleznete na adrese [www.ipvz.cz/zasady-ochrany-osobnich-udaju](http://www.ipvz.cz/zasady-ochrany-osobnich-udaju)**

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

e-mail: [ipvz@ipvz.cz](mailto:ipvz@ipvz.cz), web: [www.ipvz.cz](http://www.ipvz.cz)  
tel.: +420 271 019 111, fax: +420 272 740 458