



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 platném znění (v jiném oboru specializace, pokud odpovídá její obsah příslušnému vzdělávacímu programu)
- 2. o posouzení odborné praxe před atestační zkouškou v oboru
- 3. o posouzení odborné praxe před závěrečnou zkouškou po ukončení vzdělávání v základním kmeni

Žádám o započítání odborné praxe absolvované na akreditovaném pracovišti

ve specializačním oboru

datum zařazení do uvedeného oboru:

specializační příprava podle vzdělávacího programu:

rok 2005 rok 2009 rok 2011 rok 2015 rok 2018

• do specializačního oboru

datum zařazení do uvedeného oboru:

specializační příprava podle vzdělávacího programu:

rok 2005 rok 2009 rok 2011 rok 2015 rok 2018

• do základního kmene

Příjmení, jméno, titul Datum narození:

Adresa bydliště (kontaktní):

Adresa zaměstnavatele:

Telefon: e-mail:

Předchozí atestace (obor, datum zkoušky):

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

(vzdělávací program z roku 2009, 2011, 2015, 2018/2019) 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

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 (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 <https://www.mzcr.cz/seznam-akreditovanych-pracovist/>

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

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 je ve výši **550,- Kč**.

Stanovený poplatek uhrad'te, 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