



# 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 závěrečnou zkouškou po ukončení vzdělávání v základním kmeni
- 3. o posouzení odborné praxe před atestační zkouškou v oboru

**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 a novější

• do specializačního oboru .....

datum zařazení do uvedeného oboru: .....

specializační příprava podle vzdělávacího programu:

- rok 2005     rok 2009     rok 2011     rok 2015     rok 2018 a novější

• do základního kmene .....

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

Adresa bydliště (kontaktní): .....

Adresa zaměstnavatele: .....

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

ID datové schránky: .....

Předchozí atestace (obor, datum zkoušky): .....

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

(vzdělávací program z roku 2009, 2011, 2015, 2018/2020) 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-pracovisti/>

**K žádosti je nutné přiložit fotokopii příslušných stránek z průkazu odbornosti/specializačního indexu, případně souhrnné stránky z logbooku.**

.....  
razítko a podpis školitele

***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 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, sekretariát náměstka pro vzdělávání IPVZ, Ruská 85, Praha 10, 100 05

ID datové schránky IPVZ: cf2uiwg