**Žádost**

**o započítání absolvované části specializačního vzdělávání podle čl. II, Přechodná 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 bydliště** (kontaktní):

**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.

**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** <http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/akreditovana-zarizeni_1738_3.html>

**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:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Jméno a příjmení:*** | ***Podpis:*** | ***Datum:*** | ***Místo:*** |

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

Stanovený poplatek uhraďte, 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