



## Žádost o uznání specializované způsobilosti na území České republiky

(podle § 81 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních  
a § 29 zákona č. 18/2004 Sb. o uznávání odborné kvalifikace)

Týká se **usazených osob** (státní příslušník členského státu EU, příslušník smluvního státu dohody o Evropském hospodářském prostoru, občan Švýcarské konfederace a další osoby uvedené v § 73 odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb.), **kteří získaly specializovanou způsobilost v jiném členském státě EU než v ČR a hodlají na území ČR vykonávat dané povolání nebo činnost soustavně.**

Místo pro nalepení  
kolku  
1000 Kč

### I. Předmět žádosti

Žádám o uznání specializované způsobilosti v oboru:

Získaná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání:

Specializační studium ukončeno v oboru:

Specializační studium ukončeno v roce:

### II. Identifikační údaje žadatele/ky

Titul, jméno, příjmení:

Rodné příjmení:

Datum narození:

Místo narození (město, země):

Státní příslušnost:

E-mail:

Telefon:

ID datové schránky (je-li zřízená):

Adresa trvalého bydliště

Ulice:

č.p./č.o.:

Obec:

PSČ:

Stát:





**Adresa pro doručování písemností** (vyplňte pokud je odlišná než adresa trvalého pobytu)

**Adresát:**

**Ulice:**

**č.p./č.o.:**

**Obec:**

**PSČ:**

**Stát:**

### III. Přílohy

- kopie **dokladu totožnosti**
- kopie dokladu osvědčujícího státní příslušnost (dokládá se pouze v případě, že tato skutečnost nevyplývá z dokladu totožnosti)
- kopie **dokladu o změně jména**, spolu s jeho překladem (např. oddací list)
- kopie **dokladu o získání způsobilosti k výkonu příslušného zdravotnického povolání na území ČR**:
  - v případě studia absolvovaného v ČR je dostačující **doklad o získaném kvalifikačním vzdělání** (diplom, osvědčení, vysvědčení, certifikát, apod.);
  - v případě studia absolvovaného v zahraničí je nutné doložit **rozhodnutí o uznání způsobilosti** k výkonu příslušného zdravotnického povolání na území ČR.
- kopie **dokladu o získání specializované způsobilosti**, spolu s jeho překladem, zahrnující:
  - doklad o dosažené specializované způsobilosti, **tj. diplom nebo vysvědčení či osvědčení**;
  - **doklad o struktuře absolvovaného specializačního studia**, tj. o obsahu, rozsahu a délce specializačního studia (obsahem se rozumí teoretické a praktické oblasti, které byly součástí specializačního vzdělání), např. vzdělávací program, učební plán či učební osnovy;
  - **doklad o výkonu zdravotnického povolání** – doklady od bývalých zaměstnavatelů nebo současného zaměstnavatele (potvrzení nebo pracovní smlouva a dohoda o rozvázání pracovního poměru).
- **kolek v hodnotě 1000,- Kč** (nalepte obě části kolkové známky, kolková známka, která neobsahuje vrchní nebo spodní část není platná) nebo **doklad o zaplacení správního poplatku** (v případě platby bankovním převodem; je potřeba uvést jméno a příjmení žadatele, jméno a příjmení majitele účtu, datum úhrady a číslo účtu, z kterého byla platba zaslána a variabilní symbol)

Výše uvedené doklady se předkládají v kopii. **Má-li** Ministerstvo zdravotnictví **pochybnosti o pravosti předložených kopií**, požaduje jejich předložení v originále nebo úředně ověřené kopii. U dokladu totožnosti nebo dokladu osvědčujícího státní příslušnost může požadovat předložení originálu k nahlédnutí.

**Doklady se předkládají spolu s kopií překladu do českého jazyka, pokud v něm nebyly vydány** (překlad není vyžadován u dokladů vydaných ve slovenském jazyce). **Má-li** Ministerstvo zdravotnictví **pochybnosti o správnosti překladu**, může na uchazeči požadovat předložení úředně ověřeného překladu dokladu do českého jazyka tlumočnickem zapsaným do seznamu znalců a tlumočnicků ve smyslu zákona č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících, v platném znění.





#### IV. Zplnomocnění

Prohlašuji, že zmocňuji níže uvedenou osobu, aby mě zastupovala a jednala mým jménem ve věci vyřízení mé žádosti.

V případě, že si přejete odeslat požadované/á osvědčení zplnomocněné osobě, vyplňte její kontaktní údaje do části žádosti „Adresa pro doručování písemností“ Vyplněním souhlasíte se zasláním požadovaných dokladů uvedené osobě.

#### Zplnomocněná osoba

**Titul, jméno, příjmení:**

**Datum narození:**

**Telefon:**

#### V. Prohlášení

Prohlašuji, že všechny uváděné údaje a přiložené doklady k této žádosti jsou správné, úplné a zakládají se na pravdě.

**Jméno a příjmení žadatele/ky:**

**Místo:**

**Datum:**

**Podpis:**

#### VI. Pokyny k odeslání

a) prostřednictvím datové schránky Ministerstva zdravotnictví: **pv8aaxd** nebo

b) poštou na adresu: **Ministerstvo zdravotnictví ČR**

**Vinařská 6**

**603 00 Brno**

