



## Žádost o povolení k výkonu odborné praxe na území ČR maximálně na 3 měsíce

(podle § 89 odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních)

Týká se nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří nejsou osobami uvedenými v § 73 odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb. nebo osob, které nezískali odbornou kvalifikaci v členském státě EU, tj. pro státní příslušníky České republiky a cizí státní příslušníky, kteří získali odbornou způsobilost ve státě mimo EU, mimo smluvní stát Dohody o Evropském hospodářském prostoru či mimo Švýcarskou konfederaci, a kteří jsou do České republiky zváni za účelem nabývání odborných nebo praktických zkušeností.

Místo pro  
nalepení kolku  
500 Kč

### I. Předmět žádosti

Žádám o povolení k výkonu odborné praxe pro nelékařské zdravotnické povolání:

všeobecná sestra      praktická sestra      fyzioterapeut      jiné povolání:

### II. Identifikační údaje žadatele/ky

Titul, jméno, příjmení:

Rodné příjmení:

Datum narození:

Místo narození (město, země):

E-mail:

Telefon:

Adresa trvalého bydliště

Ulice:

č.p./č.o.:

Obec:

PSČ:

Stát:

Adresa pro doručování písemností (doporučujeme využít zplnomocněné osoby)

Adresát (zplnomocněná osoba):

Ulice:

č.p./č.o.:

Obec:

PSČ:

Stát:





### III. 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:

### IV. Název a adresa instituce, která vydává pozvání

Název:

IČO:

Ulice:

č.p./č.o.:

Obec:

PSČ:

Pracoviště/oddělení:

Jméno a příjmení pracovníka, který bude vykonávat přímé vedení:

Pozvání je vydáno a dobu

měsíce / měsíců

### V. Přílohy

- Originál **písemného pozvání do ČR** k nabývání odborných nebo praktických zkušeností.
- **Doklad o bezúhonnosti** – možné doložit výpisem z evidence Rejstříku trestů nebo dokladem prokazujícím splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem, jehož je **fyzická osoba občanem**, a doklady vydanými státy, **ve kterých se fyzická osoba zdržovala v posledních 3 letech nepřetržitě déle než 6 měsíců**. Výpis z evidence Rejstříku trestů a tyto doklady nesmí být starší 3 měsíců; cizinec, který je nebo byl státním občanem jiného členského státu Evropské unie nebo má nebo měl adresu bydliště v jiném členském státě Evropské unie, může místo výpisu z evidence obdobné Rejstříku trestů doložit bezúhonnost výpisem z Rejstříku trestů s přílohou obsahující informace, které jsou zapsané v evidenci trestů jiného členského státu Evropské unie; **nelze-li získat doklad o bezúhonnosti** ze státu (nyní např. z Ukrajiny), jehož je žadatel občanem nebo se v něm žadatel zdržoval v posledních 3 letech nepřetržitě déle než 6 měsíců, **lze předložit čestné prohlášení o bezúhonnosti**; nesmí být při předložení starší 3 měsíců.





- **Doklad o zdravotní způsobilosti** – nesmí být při předložení starší 3 měsíců – lékařský posudek lze nechat vystavit lékařem v ČR.
- Kopie **dokladu totožnosti** (pas, povolení k pobytu)
- **Kolkové známky v úhrnné hodnotě 500,- Kč** (nalepit obě části kolkové známky, kolková známka, která neobsahuje vrchní nebo spodní část není platná, kolky jsou k dostání na všech pobočkách České pošty) **nebo doklad o úhradě správního poplatku bankovním převodem** (musí obsahovat jméno a příjmení žadatele, jméno a příjmení majitele účtu, datum úhrady, číslo účtu a variabilní symbol – viz pokyny k vyplnění žádosti).

**Veškeré výše uvedené doklady musí být doloženy v českém jazyce, případně musí být opatřeny úředně ověřeným překladem, tj. překladem provedeným tlumočnickem zapsaným do seznamu znalců a tlumočnicků ve smyslu zákona č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících, v platném znění.**

## VI. 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:**

## VII. Pokyny k odeslání

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

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

**Vinařská 6  
603 00 Brno**

