



Žádost o uznání specializované způsobilosti zdravotnického pracovníka

(podle § 85c zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních)

Žádost pro žadatele, který má odbornou způsobilost nebo způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zákona č. 96/2004 Sb. Týká se **specializované způsobilosti osob, které získali tuto způsobilost ve státě mimo EU.**

Místo pro nalepení
kolku
500 Kč

I. Předmět žádosti

Žádám o uznání specializované způsobilosti v oboru:
(podle nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí)

Získaná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání:

II. Identifikační údaje žadatele/ky

Titul, jméno, příjmení:

Rodné příjmení:

Datum narození:

Místo narození (město, země):

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

- **Doklad o odborné způsobilosti nebo doklad o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání:**
 - 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 Ministerstva zdravotnictví o uznání způsobilosti k výkonu příslušného zdravotnického povolání na území ČR.
- **Úředně ověřený překlad dokladů o získaném zahraničním specializačním vzdělání poskytující informace o:**
 - délce studia,
 - rozsahu teoretické a praktické přípravy,
 - znalostech a dovednostech, které žadatel v průběhu studia získal a
 - činnostech ke kterým získal oprávnění.
- **Doklad o zdravotní způsobilosti** – nesmí být při předložení starší 3 měsíců – lékařský posudek vydaný na základě lékařské prohlídky poskytovatelem pracovnělékařských služeb, popřípadě registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství, a není-li, jiným poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství.
- **Doklad o bezúhonnosti** – nesmí být při předložení starší 3 měsíců – výpis z evidence Rejstříku trestů nebo doklad prokazující 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.
- **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).

Není-li uvedeno v seznamu příloh jinak, doklady se předkládají v kopii a má-li Ministerstvo zdravotnictví pochybnosti o pravosti předložených kopií, požaduje jejich předložení v originále nebo úředně ověřené kopii.

Úředně ověřený překlad dokladu do českého jazyka má být proveden 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

