



Žádost o vyznačení doložky právní moci rozhodnutí

(pro žadatele/ku, který/á obdržel/a rozhodnutí vydané podle zákona č. 96/2004 Sb.,
o *nelékařských* zdravotnických povoláních)

Podle § 75 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád opatří správní orgán na požádání účastníka řízení doložkou právní moci rozhodnutí, které bylo účastníkovi doručeno. Doložka právní moci se vyznačuje na originál rozhodnutí.

I. Předmět žádosti

Žádám o vyznačení doložky právní moci na originál přiloženého rozhodnutí.

Prohlašuji, že jsem převzal/a písemné vyhotovení rozhodnutí, které vydalo ministerstvo zdravotnictví pod č.j. **MZDR** / / **ONP**, seznámil/a jsem se s jeho obsahem a **vlastnoručním podpisem potvrzuji, že se vzdávám práva odvolání proti tomuto rozhodnutí.**

II. Identifikační údaje žadatele/ky

Titul, jméno, příjmení:

Dřívější příjmení:

Datum narození:

E-mail:

Telefon:

ID datové schránky (je-li zřízená):

Adresa pro doručování písemností

Adresát:

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. Podpis

Jméno a příjmení žadatele/ky:

Místo:

Datum:

Podpis:

V. Pokyny k odeslání

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

b) poštou na adresu: **Ministerstvo zdravotnictví ČR**
Vinařská 6
603 00 Brno

