



Místo pro  
vylepení  
kolkové  
známky  
v hodnotě  
2000 Kč  
(lepí se obě  
části kolkové  
známky!)

## ŽÁDOST

o uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta  
na území České republiky na základě ověření schopnosti vyjadřovat se v českém jazyce  
podle § 35 zákona č. 95/2004 Sb.\*

LÉKAŘ\*\*

ZUBNÍ LÉKAŘ\*\*

FARMACEUT\*\*

Titul, jméno, příjmení \*\*) (uvést v souladu se zněním uvedeném v průkazu totožnosti)

.....  
popř. dřívější příjmení ..... stát. příslušnost .....

Datum a místo narození \*\*\*) (uvést stát a místo podle platného cestovního pasu)

Adresa pobytu na území České republiky \*\*\*) (uvést adresu zapsanou ve vízu v platném cestovním pasu)

.....  
PSČ ..... telefon .....

Kontaktní adresa \*\*\*)

Na uvedenou adresu bude správní orgán zasílat veškeré písemnosti související s řízením o uznání způsobilosti. Pokud dojde ke změně kontaktní adresy, je ve vlastním zájmu žadatele ohlásit tuto skutečnost neprodleně správnímu orgánu – Ministerstvu zdravotnictví.

.....  
Země .....PSČ ..... telefon.....

E-mail .....

Identifikace datové schránky:.....

\* Pouze pro absolventy akreditovaných zdravotnických studijních programů uskutečňovaných vysokými školami v České republice v jiném jazyce než českém.

\*\* Vyberte jednu z možností

\*\*\* Povinný údaj



**Dosažené odborné vzdělání (škola, fakulta, místo, studijní obor, datum ukončení studia.)**

.....

.....

**Přílohy k žádosti :**

- úředně ověřenou kopii vysokoškolského diplomu
  
- úředně ověřenou kopii vysvědčení o státní zkoušce nebo **dotatku k diplomu**
  
- **doklad o zdravotní způsobilosti - lékařský posudek** vydaný na základě lékařské prohlídky registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a není-li, jiným praktickým lékařem. - **nesmí být při předložení starší 3 měsíců**
  
- **doklad o bezúhonnosti - doklad o bezúhonnosti žadatele vydaný státem, jehož je žadatel státním příslušníkem a doklady vydanými státy, ve kterých se žadatel zdržoval v posledních 3 letech nepřetržitě déle než 6 měsíců.**  
V případě, že se tedy uchazeč zdržoval v posledních 3 letech nepřetržitě déle než 6 měsíců v jiném státě, než jehož je státním příslušníkem, předkládá též doklad o bezúhonnosti vydaný tímto státem (**předkládá tak 2 doklady o bezúhonnosti**).  
Nevydává-li stát uvedený ve větě první výpis z evidence trestů nebo rovnocenný doklad nebo nelze-li jej získat, předloží fyzická osoba čestné prohlášení o bezúhonnosti, které učinila před notářem nebo příslušným orgánem tohoto státu. 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; držitel mezinárodněprávní ochrany podle zákona č. 325/1999 Sb., o azylu, ve znění pozdějších předpisů, doloží potvrzení o této skutečnosti) - **nesmí být při předložení starší 3 měsíců**
  
- **kopii dokladu totožnosti** – pouze se souhlasem žadatele
  
- **kopii oddacího listu či doklad o změně příjmení** (v případě, že žadatel změnil příjmení)
  
- uhrazení správního poplatku ve výši 2000 Kč lze:

- 1) **formou kolkové známky** (lze zakoupit na pobočkách České pošty)
- 2) **bankovním převodem** na účet Ministerstva zdravotnictví:

Bankovní poplatky spojené s úhradou správního poplatku hradí vždy žadatel. Na účet MZ ČR musí být připsána částka 2 000 Kč nebo jakkoli vyšší. Pokud by byla připsána částka nižší, bude žadatel vyzván k doplacení stanovené částky.



Nezbytné podklady k provedení převodu, podle kterého bude platba dohledána finančním oddělením:

Číslo účtu MZ pro správní poplatky: 3711-0002528001

Kód banky: 0710

Název banky: Česká národní banka, Praha 1

Mezinárodní kód účtu (IBAN): CZ45 0710 0037 1100 0252 8001

Mezinárodní kód banky (BIC): CNBACZPP

Variabilní symbol: 2968

**Doklady vydané v jiném než českém nebo slovenském jazyce, se předkládají spolu s překladem do českého jazyka učiněným tlumočnickem zapsaným do seznamu znalců a tlumočnicků, pokud v něm nebyly vydány.**

***Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v této žádosti jsou správné, úplné a zakládají se na pravdě:***

<b><i>Jméno a příjmení:</i></b>	<b><i>Podpis:</i></b>	<b><i>Datum:</i></b>	<b><i>Místo:</i></b>
---------------------------------	-----------------------	----------------------	----------------------

**Kompletní žádost zašlete na adresu Ministerstva zdravotnictví uvedenou v zápatí žádosti.**