

**MZ ČR Vzdělávací program odborné praxe v rámci praktické části aprobační zkoušky uchazeče o uznání způsobilosti k výkonu povolání lékaře**

Příloha č. 1

**A. Uchazeč absolvoval odbornou praxi v rámci praktické části aprobační zkoušky v požadované délce a rozsahu, a to v období (*od - do*) .....**

.....  
Datum, jméno a podpis statutárního orgánu

.....  
Datum, jméno a podpis lékaře, který vykonal přímé odborné vedení

**B. Potvrzení, že uchazeč vypracoval 5 případových studií**

.....  
Datum, jméno a podpis statutárního orgánu

.....  
Datum, jméno a podpis lékaře, který vykonal přímé odborné vedení