



ŽÁDOST

o zařazení do základního oboru specializačního vzdělávání

o změnu/zrušení zařazení do základního oboru specializačního vzdělávání

- o zařazení do základního oboru specializačního vzdělávánívýběrový seznam (pouze základní obory).....
- o vystavení průkazu odbornosti
- o vystavení duplikátu průkazu odbornosti
- o zrušení zařazenívýběrový seznam (pouze základní obory)
- o změnu zařazení z oboruvšechny obory..... do oboruvšechny obory..

Volba základního kmene...textové pole.....

Název pověřené organizace, kde chce být uchazeč/ka zařazen/avýběr ze seznamu
PO.....

Titul, jméno, příjmení

Popřípadě dřívější příjmení

Datum a místo narození

Rodné číslo

Státní příslušnost.....

Adresa trvalého
bydliště.....
.....PSC

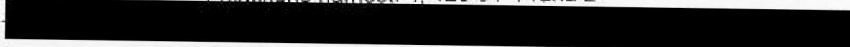
Země telefon

E-mail

Kontaktní
adresa.....
.....PSC

Země telefon

E-mail



Vysokoškolské vzdělání

Vysoká škola, fakulta

Studijní program

Studijní obor

Datum státní zkoušky

Číslo vysokoškolského diplomu nebo jiného dokladu o uznání rovnocennosti vzdělání získaného v zahraničí

Souhlasím, aby po časově neomezenou dobu Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví, pověřené organizace popř. jimi určený zpracovatel, zpracovával pro účel, jenž je sledován podáním této žádosti a pro účely vedení veřejně přístupné evidence lékařských zdravotnických pracovníků, mnou poskytnuté údaje, a to v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění.

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

titul, jméno a příjmení:	podpis:	datum:	místo:

Přílohy k žádosti:

Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti, kteří žádají o zařazení do specializačního vzdělávání a

- a. kteří nejsou zaregistrováni v databázi ministerstva zdravotnictví přikládají:
 - úředně ověřenou kopii vysokoškolského diplomu
 - kopii vysvědčení o státní zkoušce
 - rozhodnutí MZ o uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře na území České republiky (pouze u cizích státních příslušníků)
- b. kteří jsou již zaregistrováni v databázi ministerstva zdravotnictví přikládají:
 - průkaz odbornosti (specializační index)

Kompletní žádost zašlete na adresu zvolené pověřené organizace

Podle zvolené pověřené organizace se zde a případně v záhlaví zobrazí její adresa

V.....dne

Č. j...../2011

Pověřená organizace (vypsat celý název pověřené organizace), jako orgán věcně příslušný dle ustanovení § 19 odst. 2 a 3 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 95/2004 Sb.“):

z a ř a z u j e

podle ustanovení § 19 odst. 2 a 3 zákona č. 95/2004 Sb.

pana/paní.....

nar.(datum, místo narození)

do specializačního vzdělávání

v oboru

ke dni:

Odůvodnění:

Pan/í podal/a dne žádost o zařazení do specializačního vzdělávání v oboru

Na základě odborného posouzení pověřené organizace – (vypsat příslušnou pověřenou organizaci) byl v souladu s ustanovením §19 odst. 2 a 3 zákona č. 95/2004 Sb. účastník řízení zařazen do specializačního vzdělávání v oboru.....

Za příslušnou pověřenou organizaci:

Za správnost:

Příloha: průkaz odbornosti + logbook



V dne
Č. j.: /20....

Pověřená organizace (vypsat celý název pověřené organizace), jako orgán věcně příslušný dle ustanovení § 19 odst. 2 a 3 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 95/2004 Sb.“):

zrušuje zařazení

podle ustanovení § 19 odst. 2 a 3 zákona č. 95/2004 Sb.

pana/paní.....

nar.(datum, místo narození)

do specializačního vzdělávání

v oboru

ke dni:

Odůvodnění:

Pan/í podal/a dne žádost o zrušení zařazení do specializačního vzdělávání v oboru

Na základě odborného posouzení pověřené organizace – (vypsat příslušnou pověřenou organizaci) byl v souladu s ustanovením §19 odst. 2 a 3 zákona č. 95/2004 Sb. účastníku řízení bylo zrušeno zařazení do specializačního vzdělávání v oboru.....

Za pověřenou organizaci:

Za správnost:

Příloha: průkaz odbornosti



ŽÁDOST

**o započtení odborné praxe, popřípadě její části
podle § 5 odst. 8 písm. a) zákona č. 95/2004 Sb. absolvované v jiném oboru
specializace**

(pokud odpovídá její obsah příslušnému vzdělávacímu programu)

Žádám o započtení odborné praxe absolvované

ve specializačním oborunašeptávač oborů tak, jak je nyní.....

do specializačního oborunašeptávač oborů tak, jak je nyní.....

v období od do

Titul, jméno, příjmení *)
Popřípadě dřívější příjmení*)

Datum a místo narození *).....

Rodné číslo.....

Státní příslušnost.....

Adresa trvalého bydliště *).....

ZeměPSC telefon *).....
E-mail

Kontaktní adresa *)

ZeměPSC telefon *).....

E-mail

Datum zařazení do výše uvedeného oboru

Datum státní zkoušky

Data předchozích atestací

Datum ukončení základního kmene testem v oboru

Chronologický přehled praxe:

Následující tabulka je určena pro chronologický záznam odborné praxe. Rozepište praxi přesně: od - do (den, měsíc, rok), celková doba, pracoviště, zařízení, počet hodin výkonu povolání/výše pracovního úvazku. *Postupujte chronologicky, včetně přerušení praxe (mateřská dovolená, pracovní neschopnost a jiné).*

Níže vedená praxe musí být dále uvedena v průkazu odbornosti (specializační index).

datum od - do (den, měsíc, rok)	název pracoviště (ambulantní, lůžkové)	adresa zdravotnického zařízení	počet hodin výkonu povolání lékaře/týden

Seznam odborných stáží

datum (den, měsíc, rok)	název pracoviště, na němž byla stáž absolvována	obor a název stáže

Potvrzení správnosti údajů uvedených v žádosti:

Datum razítko a podpis školitele.....

Datum razítko a podpis statutárního zástupce akreditovaného zařízení
.....

Souhlasím, aby po časově neomezenou dobu Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví, pověřen organizace popř. jimi určený zpracovatel, zpracovával pro účel, jenž je sledován podáním této žádosti a pr účely vedení veřejně přístupné evidence lékařských zdravotnických pracovníků, mnou poskytnuté údaje, a t v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změn některých zákonů, v platném znění.

* Povinný údaj

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

<i>titul, jméno a příjmení:</i>	<i>podpis:</i>	<i>datum:</i>	<i>místo:</i>
---------------------------------	----------------	---------------	---------------

Přílohy k žádosti:

- potvrzení o délce a obsahu odborné praxe v průkazu odbornosti
- logbook (potvrzení o provedených výkonech ve specializačním vzdělávání)
- doklady o případné změně jména
- kopie průkazu totožnosti
- potvrzení o provedené úhradě poplatků

Kompletní žádost zašlete na adresu zvolené pověřené organizace

Podle zvolené pověřené organizace se zde v záhlaví zobrazí adresa



Místo pro
kolek
v hodnotě
500,- Kč

ŽÁDOST

o započtení odborné praxe nebo její části do specializačního vzdělávání
absolvované

v zahraničí podle § 5 odst. 8 písm. b)

(pokud odpovídá její obsah příslušnému vzdělávacímu programu)

Žádám o započtení odborné praxe absolvované

ve specializačním oborunašeptávač oborů, tak jak je nyní.....

do specializačního oborunašeptávač oborů, tak jak je nyní.....

v období od do absolvované vtextové pole – výběrový
seznam zemí rozšířit na celý svět (je jen EU).....

v rámci doktorského studijního programu podle § 5 odst. 7 zákona č. 95/2004 Sb.¹⁾

(pokud odpovídá její obsah příslušnému vzdělávacímu programu)

Žádám o započtení odborné praxe absolvované

v doktorském studijním programudatum zahájení.....

do specializačního oborudatum zařazení.....

v období od do absolvované vtextové pole – vynechat
výběrový seznam země.....

Titul, jméno, příjmení *)

Datum a místo narození*).....

Rodné číslo

Státní příslušnost.....

Adresa trvalého bydliště *)

ZeměPSC telefon *).....

* Povinný údaj





E-mail.....

Kontaktní adresa *)

Země PSČ telefon *).....

E-mail

Adresa pracoviště

..... oddělení

Zastávaná funkce

Následující tabulka je určena pro chronologický záznam odborné praxe. Rozepište praxi přesně: od - do (den, měsíc, rok), celková doba, pracoviště, zařízení, počet hodin výkonu povolání/výše pracovního úvazku. *Postupujte chronologicky, včetně přerušení praxe (mateřská dovolená, pracovní neschopnost a jiné).*

Níže vedená praxe musí být dále uvedena v průkazu odbornosti (specializační index).

Chronologický přehled praxe:

datum od- do (den, měsíc, rok)	název pracoviště	adresa zdravotnického zařízení	počet hodin výkonu povolání lékaře/týden

Seznam odborných stáží:

datum (den, měsíc, rok)	název pracoviště, na němž byla stáž absolvována	obor a název stáže



Potvrzení školitele o tom, že uvedená odborná praxe odpovídá obsahem a rozsahem příslušnému vzdělávacímu programu:

.....
.....
.....

Datum

Razítko

Jméno a podpis

Souhlas a stanovisko statutárního orgánu zdravotnického zařízení:

.....
.....

Datum

Razítko

Jméno a podpis

Souhlasím, aby po časově neomezenou dobu Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví, popř. jí určený zpracovatel, zpracovával pro účel, jenž je sledován podáním této žádosti a pro účely vedení veřejně přístupné evidence lékařských zdravotnických pracovníků, mnou poskytnuté údaje, a to v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění. Zároveň souhlasím s tím, že výše uvedené údaje mohou být poskytnuty či zpřístupněny třetím osobám.

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

titul, jméno a příjmení:	podpis:	datum:	místo:
---------------------------------	----------------	---------------	---------------

Přílohy k žádosti:

1. V případě podání žádosti o započtení odborné praxe absolvované v rámci **doktorského studijního programu:**
 - ☑ úplná neověřená kopie **průkazu odbornosti** (specializační index)
 - ☑ úplná neověřená kopie **logbooku** (záznam o provedených výkonech)
 - ☑ kopie **průkazu totožnosti**
 - ☑ kopie **oddacího listu** (pouze u žen při změně jména)
 - ☑ kolek v hodnotě 500,- Kč

Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2

Tel.: [REDACTED]



2. V případě podání žádosti o započtení odborné praxe absolvované v zahraničí:

- **potvrzení zaměstnavatele o délce a obsahu odborné praxe** (potvrzení o absolvované v zahraničí musí být potvrzení úředně přeložené do českého jazyka)
- **úplná neověřená kopie průkazu odbornosti** (specializační index)
- **úplná neověřená kopie logbooku** - záznam o provedených výkonech (potvrzení o absolvované v zahraničí musí být potvrzení úředně přeložené do českého jazyka)
- **kopie průkazu totožnosti**
- **kopie oddacího listu** (pouze u žen při změně jména)
- **kolek v hodnotě 500,- Kč**

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

Vážená paní
MUDr.

.....
.....

V dne.....2011

Čj.....

Potvrzení o započtení dříve absolvované odborné praxe

na základě odborného posouzení Vaší žádosti o započítání odborné praxe absolvované v oboru do oboru podle ustanovení § 5 odst. 8 písm. a) zákona č. 95/2004 Sb., bylo shledáno, že na základě Vaší doložené dokumentace a dle odborného posudku lze započítat do základního oboruodbornou praxi v celkovém rozsahu.....

z toho:

Za příslušnou pověřenou organizaci _____



ŽÁDOST

o vydání certifikátu o absolvování základního kmene podle § 4 odst. 2
zákona č. 95/2004 Sb.

Základní kmen¹⁾

Titul, jméno, příjmení *).....
Popřípadě dřívější příjmení*)

Datum a místo narození*).....

Rodné číslo

Státní příslušnost.....

Adresa trvalého bydliště*).....

PSČ

Země

telefon

E-mail

Kontaktní adresa *)

.....PSČ

Země..... telefon*).....

E-mail.....

1. Získaná specializace (atestace) I.stupně *)

v oboru

datum získání č. diplomu.....

2. Ukončení povinného společného základu / základního kmene*)

.....datum ukončení

Souhlasím, aby po časově neomezenou dobu Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví, pověřil organizace popř. jimi určený zpracovatel, zpracovával pro účel, jenž je sledován podáním této žádosti a pro účely vedení veřejně přístupné evidence lékařských zdravotnických pracovníků, mnou poskytnuté údaje, a

¹ viz vyhláška č. 185/2009 Sb.

v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění.

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

titul, jméno a příjmení:	podpis:	datum:	místo:
---------------------------------	----------------	---------------	---------------

Pokyny k vyplnění žádosti podle § 4 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb.

Žádost o vydání certifikátu o absolvování základního kmene dle § 4 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb. je určena pro všechny lékaře, kteří získali specializaci (atestaci) I. stupně v některém ze základních oborů podle dříve platných právních předpisů a nezískali v tomto oboru specializovanou způsobilost nebo pro lékaře, kteří ukončili povinný společný základ / základní kmen v souladu s příslušnými vzdělávacími programy

- 1. Lékaři, kteří získali specializaci I. stupně podle dříve platných právních předpisů,** podají žádost spolu s ověřenou kopií diplomu o specializaci. Pokud chtějí získat certifikát ve více oborech najednou, je nutné vyplnit pro každý obor samostatnou žádost (přílohy, které by se opakovaly, stačí dodat pouze jednu).
- 2. Lékaři, kteří ukončili povinný společný základ / základní kmen podle příslušných vzdělávacích programů,** podají žádost spolu s originálem dokladu o jeho ukončení (průkaz odbornosti, logbook)
- 3. Přílohy k žádosti**
 - Úředně ověřená kopie diplomu o specializaci I. stupně v základním oboru nebo originál dokladu o ukončení společného základu / základního kmene
 - Průkaz totožnosti – kopie občanského průkazu nebo průkazu o povolení trvalého pobytu v České republice
 - Doklad prokazující změnu příjmení

Kompletní žádost zašlete na adresu zvolené pověřené organizace



Číslo xx/yy/zzzzz-C

CERTIFIKÁT

o absolvování základního kmene

dle ustanovení § 4 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

pan/paní Jan NOVÁK

narozen/a (datum, místo narození)

absolvoval/a základní kmen

.....Tento certifikát byl vydán na základě předložení žádosti a dokladu o specializaci I. stupně v oboru..... (diplom č....., vydaný dne, kým.....) získaného žadatelem podle dříve platných právních předpisů a podle § 5 vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů.

Vdne

podpis

Zástupce příslušné PO

Za správnost:



Číslo xx/yy/zzzzz-C

CERTIFIKÁT

o absolvování základního kmene

dle ustanovení § 4 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

pan/paní Jan NOVÁK

narozen/a (datum, místo narození)

absolvoval/a základní kmen

.....

ke dni

Tento certifikát byl vydán na základě *žádosti a dokladu o splnění podmínek vzdělávacího programu* a po posouzení splnění podmínek pro získání certifikátu o absolvování základního kmene podle § 4 odst. 2 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.

V dne

podpis

Zástupce příslušné PO

Za správnost:

PŘIHLÁŠKA
k atestační zkoušce
(pro lékaře, zubní lékaře a farmaceuty)

Název oboru specializačního vzdělávání
Postup podle vzdělávacího programu z
roku.....

Titul, jméno, příjmení

Popřípadě dřívější příjmení

Datum a místo narozenírodné číslo.....

Státní příslušnost

Vysokoškolské vzdělání (univerzita, fakulta)

Studijní
program.....

Studijní obor
.....

Datum státní zkoušky

**Adresa trvalého
bydliště*)**.....

PSC

Země telefon

E-mail

Kontaktní adresa *)

.....PSC

Země..... telefon*).....

E-
mail.....

Adresa
pracoviště.....oddělení.....
.....

PSC..... telefon
.....

E-mailpracovní zařazení.....

Datum zařazení do specializačního vzdělávání (z průkazu odbornosti)
.....

v oboru

Dosud získané specializace

v oboru datum a místo konání atestace.....
.....
.....

Datum ukončení společného základu / základního kmene..... v oboru
.....

Studium v doktorském studijním programu (Ph.D.) od roku.....

Studijní programstudijní obor
.....

Rozhodnutí MZ o uznání praxe absolvované v cizině/ v jiném oboru/v rámci doktorského
studijního programu ze dne:
.....



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Příloha č. 9

Číslo (viz. podrobné podmínky spolupráce)

DIPLOM

O SPECIALIZACI

Pan/í

narozen/a(datum, místo)

vykonáním atestační zkoušky dne ukončil/a specializační vzdělání (podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 185/2009 Sb.), ve znění pozdějších předpisů

získal/a

**specializovanou způsobilost k výkonu povolání
lékaře/zubního lékaře/farmaceuta v oboru**

V dne:

podpis

Předseda atestační komise

podpis

Zástupce pověřené organizace

Zástupce Ministerstva zdravotnictví

Razítko MZ

podpis