



Místo pro
kolek
v hodnotě
500,- Kč/*The
stamp worth
500,-Kč*

ŽÁDOST

(podle § 42 odst. 1 – 6 zákona č. 95/2004 Sb. - pro výkon zdravotnického povolání
v zahraničí)

o vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání v zahraničí

APPLICATION

(according to par. 42 subpar. 1- 6 Act. No. 95/2004 Coll. – to perform the medical
profession abroad)

to issue the certificate for performing the medical profession abroad

p o t v r z u j í c í / c o n f i r m i n g

- a) že odborná způsobilost, získaná v České republice, je v souladu s právem Evropského společenství a příslušnými sektorovými směrnici ES/*that the basic qualification received in the Czech Republic is in accordance with the law of European Community and particular directives of EC*
- b) že specializovaná způsobilost v oboru, získaná v České republice, je v souladu s právem Evropského společenství a příslušnými sektorovými směrnici ES/*that the specialist qualification in the field of, received in the Czech Republic, is in accordance with the law of European Communities and particular directives of EC*
- c) délku odborné praxe nebo výkonu zdravotnického povolání v České republice/*the length of basic medical training or performance of the medical profession in the Czech Republic*

Jméno, příjmení, titul/
Name, surname, title

popř. dřívější příjmení **Stát.příslušnost**
event. former surname *Nationality*.....

Datum a místo narození/Date and place of birth



Země, pro kterou bude „Osvědčení“ vydáno/Country for which the “Certificate” will be issued

.....

Adresa trvalého bydliště/Address of permanent residence:

ulice:/street:

město:/city:.....PSČ/Postal code.....

Kontaktní adresa:/Contact address:

ulice:/street:.....

město:/city:.....PSČ/Postal code.....

Telefon:/Telephone E-mail

ad a):

odborná způsobilost - pro výkon povolání lékaře - zubního lékaře – farmaceuta/
basic qualification – to perform the profession of physician – dentist – pharmacist

Fakulta nebo škola (název, místo)/Faculty or university (name and place)

.....

Diplom č./Diploma no. ze dne.....

ad b):

specializovaná způsobilost - dosud získané specializace (atestace):/
specialist qualification – received specialist qualification up to now

v oboru/ č. diplomu/..... datum a místo konání

in the field of.....diploma no. date and place of performance

v oboru č. diplomu..... ..datum a místo konání

v oboru č. diplomu..... ..datum a místo konání

v oboru č. diplomu..... ..datum a místo konání

v oboru č. diplomu..... ..datum a místo konání

Dosud získaná osvědčení/licence ČLK k výkonu soukromé lékařské praxe:/
Certificates/licence of Czech medical council for performing private medical practice:

v oboru/evidenční číslo/..... datum přidělení a kým

in the field ofnumber.....date of assigning by.....

v oboruevidenční číslo datum přidělení a kým

v oboruevidenční číslo datum přidělení a kým



Přílohy k žádosti:/Attachments of the application:

- **úředně ověřená kopie vysokoškolského diplomu** nebo potvrzení fakulty o ukončení studia/*officially verified copy of university diploma or confirmation of faculty concerning graduation*
- **úředně ověřená kopie vysvědčení o státní zkoušce**/*officially verified copy of state examination certificate or diploma supplement*
- **úředně ověřená kopie diplomu o specializaci – atestaci**/*officially verified copy of specialist diploma*
- **kopie dokladu o získané specializované způsobilosti** (rozhodnutí MZ ČR dle § 44 odst. 1)/*copy of document concerning received specialist qualification (decision of Ministry of Health according to par. 44 subpar. 1)*
- **kopie průkazu totožnosti**/*copy of identification card*
- **kopie oddacího listu** (pouze u žen při změně jména)/*copy of marriage certificate (only in case of women and their change of name)*
- **potvrzení zaměstnavatele o délce praxe** v ČR (v případě přerušení výkonu zdrav. povolání např. z důvodu MD nutno uvést od kdy do kdy bylo přerušeno)/*confirmation of employer concerning the length of practice in the Czech Republic (in case of interruption of performance of medical profession, e.g. for the reason of maternity leave, there is a need to mention the period of interruption)*
- **doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání lékaře/zubního lékaře/farmaceuta** – nesmí být starší 3 měsíců/*document confirming the state of being healthy enough to perform the profession of physician, dentist or pharmacist – cannot be older than 3 months*
- **doklad o bezúhonnosti** (výpis z Rejstříku trestů) - nesmí být starší 3 měsíců/*criminal record - cannot be older than 3 months*
- **kolek** v hodnotě 500,- Kč/*the stamp worth 500,-Kč*

Veškeré výše uvedené doklady musí být doloženy v českém jazyce a musí být opatřeny úředně ověřeným překladem.

All the documents mentioned above has to be presented in Czech and has to be translated and officially verified

Tímto výslovně prohlašuji, že souhlasím se zpracováním mnou poskytnutých osobních údajů pro účely této žádosti Ministerstvem zdravotnictví, jakož i s tím, že mé osobní údaje mohou být poskytnuty třetím osobám a to v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění./

I proclaim that I agree with proceeding of the information provided for the use of application by Ministry of Health, as well as with the fact that my personal details can be provided to the third person in accordance with the particular paragraphs of the act. no. 101/2000 Coll., concerning the protection of personal details and concerning the change of some acts, in valid version.

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v této žádosti jsou správné, úplné a zakládají se na pravdě:/*I proclaim that all information mentioned in the application are correct, full and true:*

Jméno a příjmení:/ <i>Name and surname:</i>	Podpis:/ <i>Signature:</i>	Datum:/ <i>Date:</i>	Místo:/Place:
---	--------------------------------------	--------------------------------	----------------------

Upozornění: Žádost vyplňte prosím čitelně, hůlkovým písmem. Nesprávně, neúplně nebo nečitelně vyplněná žádost (včetně potvrzení) bude vrácena./Warning: Application has to be filled in legibly in capital letters. Wrongly, incomplete or illegibly filled in application will be returned to you.

Kompletní žádost zašlete na adresu Ministerstva zdravotnictví uvedenou v zápatí žádosti./The complete application send to the address mentioned below.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Mgr. Petra Svobodová
Odd. lékařských povolání a uznávání kvalifikací
Palackého náměstí 4, 128 01 Praha 2
tel.: +420 224 972 965
e-mail: Petra.Svobodova@mzcr.cz
www.mzcr.cz