



ŽÁDOST O VYDÁNÍ OSVĚDČENÍ K VÝKONU ZDRAVOTNICKÉHO POVOLÁNÍ BEZ ODBORNÉHO DOHLEDU

Místo pro nalepení
kolku
100 Kč

ČÍSLO REGISTRACE

Zde nevyplňujte, prosím

Příjmení, jméno, titul:

dřívější příjmení* :

Datum narození (den, měsíc, rok):

Místo narození:

Rodné číslo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresa trvalého bydliště: ulice a popisné číslo

město (obec)

PSČ

Telefon/mobil

E-mail kontakt

Adresa pro doručování písemností: (pokud se liší od adresy bydliště)

ulice a popisné číslo

město (obec)

PSČ

Adresa zaměstnavatele: název

ulice a popisné číslo

město (obec)

PSČ

IČO

Telefon

E-mail kontakt

Pracovní zařazení:

*Uveďte rodné příjmení, popř. všechna Vaše další dřívější příjmení



Zaškrtněte povolání, pro které žádáte vydat osvědčení k výkonu bez odborného dohledu pokyny k vyplnění viz. bod 1)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> všeobecná sestra (§ 5) | <input type="checkbox"/> farmaceutický asistent (§ 19) |
| <input type="checkbox"/> porodní asistentka (§ 6) | <input type="checkbox"/> biomedicínský technik (§ 20) |
| <input type="checkbox"/> ergoterapeut (§ 7) | <input type="checkbox"/> biotechnický asistent (§ 20a) |
| <input type="checkbox"/> radiologický asistent (§ 8) | <input type="checkbox"/> radiologický technik (§ 21) |
| <input type="checkbox"/> zdravotní laborant (§ 9) | <input type="checkbox"/> adiktolog (§ 21 a) |
| <input type="checkbox"/> zdravotně-sociální pracovník (§ 10) | <input type="checkbox"/> klinický psycholog (§ 22) |
| <input type="checkbox"/> optometrista (§ 11) | <input type="checkbox"/> klinický logoped (§ 23) |
| <input type="checkbox"/> ortoptista (§ 12) | <input type="checkbox"/> zrakový terapeut (§ 23 a) |
| <input type="checkbox"/> asistent ochrany a podpory veřejného zdraví (§ 13) | <input type="checkbox"/> fyzioterapeut (§ 24) |
| <input type="checkbox"/> ortotik-protetik (§ 14) | <input type="checkbox"/> radiologický fyzik (§ 25) |
| <input type="checkbox"/> nutriční terapeut (§ 15) | <input type="checkbox"/> odborný pracovník v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků (§ 26) |
| <input type="checkbox"/> zubní technik (§ 16) | <input type="checkbox"/> biomedicínský inženýr (§ 27) |
| <input type="checkbox"/> dentální hygienistka (§ 17) | <input type="checkbox"/> odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví (§28) |
| <input type="checkbox"/> zdravotnický záchranář (§ 18) | |

Nejvyšší dosažené vzdělání

středoškolské vyšší odborné

vysokoškolské Bc. Mgr. Ing. PhDr. Ph.D. Jiné:

v roce:

ve státě:

1.Kvalifikaci jsem získal/a pokyny k vyplnění viz.bod 2) (zaškrtněte)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> na střední zdravotnické škole | <input type="checkbox"/> na vyšší zdravotnické škole |
| <input type="checkbox"/> na vysoké škole | <input type="checkbox"/> v akreditovaném kvalifikačním kurzu |

v oboru:

v roce:

ve státě:

v instituci (název školy, vzdělávacího zařízení apod.):

Specializační studium pokyny k vyplnění viz.bod 3): (zaškrtněte, event. doplňte název oboru)

ANO → v oboru

NE



Přílohy – *zaškrtněte přílohy, které k žádosti dokládáte:*

- úředně ověřená kopie vysvědčení o maturitní zkoušce
- úředně ověřená kopie diplomu absolventa VOŠ a prostá kopie vysvědčení o absolutoriu
- úředně ověřená kopie diplomu o absolvování VŠ a prostá kopie dodatku k diplomu
- úředně ověřená kopie dokladu o absolvování specializačního vzdělávání – osvědčení, vysvědčení nebo diplomu o atestační zkoušce
- úředně ověřená kopie osvědčení o absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu
- jiné:

POTVRZENÍ O VÝKONU ZDRAVOTNICKÉHO POVOLÁNÍ
Z OBDOBÍ POSLEDNÍCH 10 LET, PŘÍPADNĚ Z DŘÍVĚJŠÍHO
OBDOBÍ PRO ÚČELY PROKÁZÁNÍ 3 LET VÝKONU POVOLÁNÍ
U ABSOLVENTŮ SZŠ pokyny k vyplnění viz. bod 4)

Potvrzujeme, že pan/paní

narozen/a

pracuje v naší organizaci od:

do:

jako:

v úvazku:

Výpis pracovní neschopnosti

Výpis mateřské dovolené: (1. dítě).....

(2. dítě).....

další děti:.....

.....
Datum a podpis odpovědného zaměstnance zaměstnavatele

.....
Razítko zaměstnavatele

.....
Jméno a příjmení (čitelně) odpovědného zaměstnance zaměstnavatele včetně telefonního čísla

Přílohy v případě více zaměstnavatelů – *zaškrtněte přílohy, které k žádosti dokládáte:*

- originál potvrzení od každého zaměstnavatele samostatně
- úředně ověřená kopie dokladu o ukončení pracovního poměru
- originál potvrzení od posledního zaměstnavatele



Poučení:

V souladu s ustanovením § 38 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů, mají účastníci a jejich zástupci právo nahlížet do spisu. S právem nahlížet do spisu je spojeno právo činit si výpisy a právo na to, aby správní orgán pořídil kopie spisu nebo jeho části. Právo nahlédnout do spisu a další práva s tím spojená se uplatňují vůči tomu správnímu orgánu, který se spisem aktuálně disponuje. Veškeré údaje jsou zpracovány pro účely Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a hostujících osob podle § 72 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Registr“). Při nakládání s osobními údaji podle § 72 odst. 4 zákona č. 96/2004 Sb. v Registru plní úkoly správce a zpracovatele Registru Ministerstvo zdravotnictví České republiky, popř. pověřená organizace. Registr je veřejně přístupný, s výjimkou údajů o rodném čísle a trvalém pobytu (§ 72 odst. 4 zákona č. 96/2004 Sb.). Na vedení Registru a zpracování osobních údajů z Registru se vztahuje zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“).

Prohlášení

Tímto výslovně prohlašuji a stvrzuji svým podpisem, že souhlasím, aby mé osobní údaje Ministerstvo zdravotnictví České republiky případně pověřená organizace podle § 72 odst. 1 zákona č. 96/2004 Sb. (dále jen „správce Registru“) shromažďovalo, zpracovávalo a uchovávalo moje osobní údaje v rozsahu a pro účely této žádosti a pro naplnění účelu Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a hostujících osob podle § 72 zákona č. 96/2004 Sb. a jakož i s tím, že mé osobní údaje mohou být poskytnuty třetím osobám, a to v souladu s příslušnými ustanoveními zákona o ochraně osobních údajů. Tento souhlas poskytuji na dobu neurčitou. Dále výslovně prohlašuji a stvrzuji svým podpisem, že všechny údaje, které uvádím v této žádosti, jsou správné, úplné a zakládají se na pravdě, že jsem si vědom/a právních následků uvedení nesprávných, neúplných nebo nepravdivých údajů a že jsem si vědom/a i povinnosti stanovené v § 72 odst. 6 zákona č. 96/2004 Sb., tj. neprodleně oznámit správci Registru změny údajů uvedených v § 72 odst. 4 zákona č. 96/2004 Sb.

Jméno a příjmení (čitelně):	Podpis:	Datum:	Místo:

Poznámka:

O zapsání do výše citovaného registru zdravotnický pracovník již nežádá, po prodloužení osvědčení bude automaticky do registru zapsán a tedy oprávněn používat označení „Registrovaný/á“.