



## Informace o záměru vykonat praktickou část aprobační zkoušky podle § 89 odst. 4 zákona č. 96/2004 Sb.

**Pro nelékařské zdravotnické pracovníky (kromě farmaceutů), kteří nejsou osobami uvedenými v § 73 odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb. nebo pro osoby, které nezískaly odbornou kvalifikaci v členském státě EU, tj. pro státní příslušníky České republiky a cizí státní příslušníky, kteří získali odbornou způsobilost ve státě mimo Evropskou unii, mimo smluvní stát Dohody o Evropském hospodářském prostoru či mimo Švýcarskou konfederaci a kteří již úspěšně vykonali první písemnou část aprobační zkoušky a hodlají absolvovat její praktickou část.**

Nelékařské zdravotnické povolání podle zákona č. 96/2004 Sb., které chce uchazeč na území České republiky vykonávat: .....

**Titul, jméno, příjmení:** .....

Datum a místo narození: .....

### Kontaktní adresa na území ČR a údaje:

Adresát<sup>1)</sup>: .....

Ulice a číslo popisné / orientační: .....

Obec: ..... PSČ .....

Země: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-mail: .....

Datová schránka: .....

### Poskytovatel zdravotních nebo sociálních služeb, u kterého bude praktická část probíhat:

Název: .....

Ulice a číslo popisné / orientační: .....

Obec: ..... PSČ .....

Název pracoviště / oddělení: .....

Jméno a podpis pracovníka, který bude vykonávat přímé vedení:

.....

Razítko zařízení:

.....

<sup>1)</sup> V případě potřeby uvedení specifického adresáta, který se neshoduje se jménem osoby žadatele.



Prohlašuji, že zmocňuji níže uvedenou osobu, aby mne zastupovala a jednala mým jménem ve věci vyřízení mé žádosti. V případě, že si nepřejete, aby byly Vaše údaje sdělovány jiné osobě, níže uvedené položky nevyplňujte.

Titul, jméno, příjmení: .....

Datum a místo narození: .....

Mobil: ..... E-mail: .....

**K přihlášce je nutné přiložit:**

- originál nebo ověřenou kopii potvrzení o **složení písemné části** aprobační zkoušky;
- originál nebo ověřenou kopii **dokladu o zdravotní způsobilosti** ne starší 3 měsíců - zdravotní způsobilost se prokazuje lékařským posudkem vydaným na základě lékařské prohlídky poskytovatelem pracovnělékařských služeb nebo poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství;
- originál nebo ověřenou kopii **dokladu o bezúhonnosti** ne starší 3 měsíců - bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů nebo dokladem prokazujícím splnění podmínky bezúhonnosti vydaným státem, jehož je fyzická osoba občanem, a doklady vydanými státy, ve kterých se fyzická osoba zdržovala v posledních 3 letech nepřetržitě déle než 6 měsíců; 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. 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.

**Veškeré výše uvedené doklady musí být doloženy v českém jazyce, případně musí být opatřeny úředně ověřeným překladem, tj. překladem provedeným tlumočnickem zapsaným do seznamu znalců a tlumočnicků ve smyslu zákona č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících, v platném znění.**

**Přihlášku k praktické části aprobační zkoušky zasílejte společně s požadovanými přílohami na adresu:**

Ministerstvo zdravotnictví  
Vinařská 6  
603 00 Brno

Tímto výslovně prohlašuji, že souhlasím se zpracováním mnou poskytnutých osobních údajů pro účely zpracování této žádosti Ministerstvem zdravotnictví nebo pověřenou organizací, 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.

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

**Datum:**

**Podpis žadatele:** .....