

**OZNÁMENÍ O PRAXI NA NEAKREDITOVANÉM PRACOVIŠTI**  
v souvislosti s aktuální epidemiologickou situací týkající se šíření onemocnění  
COVID-19 způsobené koronavirem SARS-CoV-2

INFORMACE O ÚČASTNÍKOVI SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ	
Příjmení, jméno, titul	
Datum narození	
Trvalé bydliště	
INFORMACE O VZDĚLÁVACÍM PROGRAMU SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ	
Název oboru vzdělávacího programu	
Část vzdělávacího programu (odborný modul/základní kmen/vlastní specializovaný výcvik)	
Termín konání praktické části	
Jméno školitele	
INFORMACE O POSKYTOVATELI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	
Název	
Statutární zástupce	
Kontaktní osoba	
Telefon	
Email	

**Prohlášení:**

Výše uvedený účastník specializačního vzdělávání absolvoval praktickou část na neakreditovaném pracovišti, které zajistilo splnění všech výkonů dle příslušného vzdělávacího programu pod vedením školitele s příslušnou specializovanou způsobilostí v oboru.

Datum .....

Razítko a podpis .....

(statutární orgán nebo pověřená osoba)

Datum .....

Podpis .....

(účastník specializačního vzdělávání)

Vyplněný formulář zašlete na e-mailové adresy kontaktních osob příslušných pověřených organizací (NCO NZO, IPVZ).