|  |  |
| --- | --- |
|  | Fakultní nemocnice V MOTOLe  samostatné oddělení vzdělávání  V Úvalu 84, 150 18 Praha 5 Motol  🕿22443 9030-4, Fax: 22443 9035 |

|  |
| --- |
| **PŘIHLÁŠKA DO CERTIFIKOVANÉHO KURZU**  **radiologická fyzika v radioterapii** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osobní údaje:** | |
| Příjmení, jméno, titul |  |
| Dřívější příjmení  (Rodné příjmení, případně další příjmení) |  |
| Rodné číslo |  |
| Datum narození |  |
| Místo narození, okres |  |
| Státní příslušnost |  |
| Nejvyšší dosažené odborné vzdělání  (Uveďte název školy, místo, obor a rok ukončení) |  |
| **Kontaktní informace:** | |
| Název a adresa zaměstnavatele |  |
| Pracovní zařazení  (Uveďte vykonávané povolání a pracoviště) |  |
| Adresa trvalého pobytu  (Uveďte ulici, č. or. / popisné, PSČ) |  |
| Telefon |  |
| Email |  |
| Úplná adresa pro doručení certifikátu  (Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s adresou trvalého pobytu) |  |
| **Prohlášení:** | |
| Čestně prohlašuji, že:   * mám odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání radiologického fyzika podle § 25 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. * jsem zařazen do specializačního vzdělávání v oboru radiologická fyzika. * v rámci mého pracovního poměru vykonávám zdravotnické povolání radiologického fyzika v radioterapii. | |
| **Poučení:** | |
| Podáním žádosti dává žadatel souhlas ke shromažďování, zpracování a archivaci údajů o jeho osobě. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, subjekt údajů má právo k jejich přístupu a právo na jejich úpravu včetně dalších zákonných práv k těmto údajům. FN Motol se zavazuje k ochraně uvedených osobních dat poskytnutých mu žadatelem. Tyto budou sloužit pouze pro potřebu FN Motol a bude s nimi nakládáno v souladu se zákonem č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů, v platném znění. Osobní údaje mohou být poskytnuty třetím osobám (MZ ČR a jím pověřeným kontrolním orgánům), a to v souladu s příslušným ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. | |

V , dne:

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

podpis

**K přihlášce přiložte prostou kopii dokladu o dosaženém odborném vzdělání, formou vysokoškolského diplomu nebo osvědčením o úspěšném zakončení akreditovaného kvalifikačního kurzu a přiznáním odborné způsobilosti MZ ČR.**

**Úplnou přihlášku odešlete na adresu uvedenou v záhlaví formuláře!**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fakultní nemocnice V MOTOLe  samostatné oddělení vzdělávání  V Úvalu 84, 150 18 Praha 5 Motol  🕿22443 9030-4, Fax: 22443 9035 |

|  |
| --- |
| **PŘIHLÁŠKA DO CERTIFIKOVANÉHO KURZU**  **radiologická fyzika v radioterapii** |

**VZOR VYPLNĚNÍ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Osobní údaje:** | |
| Příjmení, jméno, titul | NOVÁKOVÁ Eva, Bc. |
| Dřívější příjmení  (Rodné příjmení, případně další příjmení) | Vycpálková |
| Rodné číslo | 745502/2553 |
| Datum narození | 02.05. 1974 |
| Místo narození, okres | Sušice, okr. Klatovy |
| Státní příslušnost | ČR |
| Nejvyšší dosažené odborné vzdělání  (Uveďte název školy, místo, obor, stupeň a rok ukončení) | UK v Praze, 2. LF, Všeobecná sestra, Bc., 2010 |
| **Kontaktní informace:** | |
| Název a adresa zaměstnavatele | Nemocnice Lesov, a.s., Nemocniční 1, 999 20 Lesov |
| Pracovní zařazení  (Uveďte vykonávané povolání a pracoviště) | Všeobecná sestra na Dětském oddělení – amb. |
| Adresa trvalého pobytu  (Uveďte ulici, č. or. / popisné, PSČ) | U Lesa 2/540, 999 21 Lesov |
| Telefon | 777 525 777 |
| Email | eva.novakova@mujemail.cz |
| Úplná adresa pro doručení certifikátu  (Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s adresou trvalého pobytu) |  |
| **Prohlášení:** | |
| Čestně prohlašuji, že:   * mám odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání radiologického fyzika podle § 25 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. * jsem zařazen do specializačního vzdělávání v oboru radiologická fyzika. * v rámci mého pracovního poměru vykonávám zdravotnické povolání radiologického fyzika v radioterapii. | |
| **Poučení:** | |
| Podáním žádosti dává žadatel souhlas ke shromažďování, zpracování a archivaci údajů o jeho osobě. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, subjekt údajů má právo k jejich přístupu a právo na jejich úpravu včetně dalších zákonných práv k těmto údajům. FN Motol se zavazuje k ochraně uvedených osobních dat poskytnutých mu žadatelem. Tyto budou sloužit pouze pro potřebu FN Motol a bude s nimi nakládáno v souladu se zákonem č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů, v platném znění. Osobní údaje mohou být poskytnuty třetím osobám (MZ ČR a jím pověřeným kontrolním orgánům), a to v souladu s příslušným ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. | |

V Lesově, dne: 12.05. 2014 Eva Nováková

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

podpis

**K přihlášce přiložte prostou kopii dokladu o dosaženém odborném vzdělání, formou vysokoškolského diplomu nebo osvědčením o úspěšném zakončení akreditovaného kvalifikačního kurzu a přiznáním odborné způsobilosti MZ ČR.**

**Úplnou přihlášku odešlete na adresu uvedenou v záhlaví formuláře!**