



Žádost o změnu zdravotnického pracovníka vykonávajícího přímé vedení

odborné praxe na dobu určitou podle ustanovení § 89 odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb.

praktické části aprobační zkoušky podle ustanovení § 89 odst. 4 zákona č. 96/2004 Sb.

I. Zaměstnavatel

Název:

IČO:

Sídlo

Ulice:

č.p./č.o.:

Obec:

PSČ:

Kontaktní osoba:

E-mail:

Telefon:

II. Změna pracovníka vykonávajícího přímé vedení (a)

Číslo jednací MZDR:

Jméno zaměstnance:

Adresa pro doručování písemností

Ulice:

č.p./č.o.:

Obec:

PSČ:

Jméno pracovníka, který
vykonával přímé vedení dosud:

Jméno pracovníka, který bude
vykonávat přímé vedení nově:





III. Změna pracovníka vykonávajícího přímé vedení (b)

Vyplňte v případě více než jedné změny.

Číslo jednací MZDR:

Jméno zaměstnance:

Adresa pro doručování písemností

Ulice:

č.p./č.o.:

Obec:

PSČ:

**Jméno pracovníka, který
vykonával přímé vedení dosud:**

**Jméno pracovníka, který bude
vykonávat přímé vedení nově:**

IV. Pokyny k odeslání

a) prostřednictvím datové schránky Ministerstva zdravotnictví: **pv8aaxd** nebo

b) poštou na adresu: **Ministerstvo zdravotnictví ČR**

**Vinařská 6
603 00 Brno**

