**Žádost o schválení změny v rámci**

**dotačního programu MZ ČR**

 **„Rezidenční místa pro rok ………“**

1. **Základní údaje**

**Program č.1** specializační vzdělávání lékařských zdravotnických pracovníků

 v základním kmeni

**Název oboru: ………………………………………………………………………………**

**Základní kmen: ………………………………………………………………………………**

**Rozhodnutí č.: ………………………………………………………………………………**

|  |
| --- |
| **Příjemce dotace** |
| Název zařízení / organizace |  |
| Identifikační číslo/rodné číslo |  |
| **Adresa**  |
| Ulice, č. p. |  |
| Obec |  |
| Kraj |  |

1. **Typ změny\***
* změna finančního plánu *(doložit změněnými finančními plány rezidenta)*
* změna vzdělávacího plánu

*(přechod na jiný vzdělávací program, doložit změněným vzdělávacím plánem rezidenta)*

* zánik akreditovaného zařízení
* změna právní formy příjemce
* přerušení specializačního vzdělávání
* změna školitele (*doložit zařazení nového školitele v seznamu školitelů k platné akreditaci)*
* změna smluvního partnera *(doložit smlouvou s akreditovaným pracovištěm)*
* změna příjmení rezidenta *(doložit čestným prohlášením)*
* změna trvalého bydliště rezidenta *(doložit čestným prohlášením)*
* změna v rámci schváleného vzdělávacího plánu *(doložit změněným vzdělávacím plánem rezidenta, u změny pracoviště doložit smlouvou s akreditovaným pracovištěm)*
* změna názvu příjemce
* změna čísla účtu
* jiná změna ………………………………………………………………………………..

*\*(zaškrtněte požadovanou změnu)*

Zdůvodnění:

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Přílohy žádosti: …………………………………………………………………………….

*(např. čestné prohlášení o změně jména, adresy apod.)*

Datum platnosti změny: ……………………….

 Statutární zástupce[[1]](#footnote-1):

 Jméno: ......................................

Datum ………………………….. Podpis ………………………….

1. **Posouzení žádosti poskytovatelem**

**Posouzení požadovaných změn :**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Stanovisko MZ ČR:** □ ANO □ NE

Datum ………………………….. Podpis ………………………….

**Schválená žádost bude vypořádána:**

□ Změnou Rozhodnutí

□ Oznámením souhlasného stanoviska poskytovatele

 □ Oznámením nesouhlasného stanoviska poskytovatele

1. V případě, že za příjemce dotace jedná v souvislosti s projektem jiná osoba než statutární zástupce, je nutné doložit pověření, ze kterého její možnost jednat za daný subjekt vyplývá. [↑](#footnote-ref-1)