|  |
| --- |
| **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)**