Dotazník k žádosti o udělení statutu akreditovaného pracoviště pro zajištění odborné praxe v rámci praktické části aprobační zkoušky farmaceuta pro **5** nebo pro **6** měsíců – vyznačte, pro kterou délku praxe je dotazník určený

V souvislosti s nabytím účinnosti vyhlášky č. 117/2018 Sb., o zkušebním řádu aprobační zkoušky,   
ze dne 21.6.2018, se vzdělávací program zveřejňuje ve 2 verzích, a to:

1. Vzdělávací program odborné praxe v rámci praktické části aprobační zkoušky uchazeče   
   o uznání způsobilosti k výkonu povolání farmaceuta, který absolvoval písemnou část aprobační zkoušky do 31. 12. 2017 – **v délce 5 měsíců povinné odborné praxe.**
2. Vzdělávací program odborné praxe v rámci praktické části aprobační zkoušky uchazeče   
   o uznání způsobilosti k výkonu povolání farmaceuta – **v délce 6 měsíců povinné odborné praxe.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adresa pracoviště** |  | | | |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +  rok získání  specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe  od získané specializované způsobilosti |
| Vedoucí pracoviště: garant aprobačního řízení je farmaceut určující farmaceuty k výkonu přímého odborného vedení |  |  |  |  |
| **farmaceut vykonávající přímé odborné vedení** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Odborná praxe může probíhat i u více poskytovatelů zdravotních služeb a **je tak možné**  část praxe **smluvně zajistit** s jiným poskytovatelem zdravotních služeb. | | | | |
| **Požadavky pro obory veřejné nebo pro praktické lékárenství** | | | | |
| Poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení  dle vyhlášky č. 92/2012 Sb. v příloze 5 bod I. Lékárna. | | | | |
| Za akreditované zařízení se nepovažuje výdejna zdravotnických prostředků. | | | | |
| **Požadavky pro obor nemocniční lékárenství** | | | | |
| Poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení  dle vyhlášky č. 92/2012 Sb. v příloze 5 bod I. Lékárna. | | | | |
| Lékárna, která je organizační složkou zdravotnického zařízení poskytujícího zdravotní služby dle § 9 zákona č. 372/2011 Sb. | | | | |
| Za akreditované zařízení se nepovažuje výdejna zdravotnických prostředků. | | | | |
| Doložit kopii Rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb, ze kterého vyplývá,  že poskytovatel zdravotních služeb má současně oprávnění k poskytování lůžkové péče. | | | | |
| Datum, jméno a podpis osoby jednající za statutární orgán | | | | |

**Strukturovaný profesní životopis pouze farmaceuta / farmaceutů vykonávajících přímé odborné vedení**

|  |
| --- |
| *Titul, jméno, příjmení*  *Datum narození*  *Pregraduální vzdělání*  *Odborné vzdělání (specializovaná způsobilost, zvláštní odborná způsobilost nebo zvláštní specializovaná způsobilost)*  *Přehled odborné praxe*  *Pedagogická činnost či vědecko-výzkumná činnost* |