



**ŽÁDOST O ODKLAD / UKONČENÍ / PŘERUŠENÍ / OPĚTOVNÉ ZAŘAZENÍ
DO SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ / ZMĚNU AKREDITOVANÉHO ZAŘÍZENÍ
PRO ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY NELZP**

Název oboru specializačního vzdělávání:

Příjmení, jméno, titul:

Rodné číslo:

Identifikační číslo/číslo GID:

Adresa pro doručování písemností (včetně PSČ):
.....

Vyberte a označte x obsah žádosti:

- o odklad zahájení specializačního vzdělávání
 - specializační vzdělávání hodlám zahájit v termínu:
- o ukončení specializačního vzdělávání
 - specializační vzdělávání ukončuji k datu:
- přerušování specializačního vzdělávání
 - po uplynutí doby nutné k přerušování studia požádám o opětovné zařazení do specializačního vzdělávání
- opětovné zařazení do specializačního vzdělávání
 - po uplynutí doby nutné k přerušování, resp. odkladu zahájení specializačního vzdělávání
- změna akreditovaného zařízení
 - akreditované zařízení, ve kterém hodlám ve studiu pokračovat:

Datum:

Podpis:

Vyjádření, razítko a podpis vedoucího kliniky/oddělení příslušného zdravotnického zařízení:

Datum:

Podpis nadřízeného zaměstnance:

Žádost zašlete na adresu akreditovaného zařízení:

Fakultní nemocnice Plzeň - Lochotín, Oddělení dalšího vzdělávání, Bc. Hana Čermáková, DiS., alej Svobody 80, 304 60 PLZEŇ (SV Intenzivní péče)

Fakultní nemocnice Plzeň - Bory, Oddělení dalšího vzdělávání, Marie Malá, Edvarda Beneše 13, 305 99 PLZEŇ (ostatní obory)