

## Příhláška

### Akreditovaný kvalifikační kurz Ošetřovatel

Jméno: \_\_\_\_\_ Příjmení: \_\_\_\_\_

Rozená: \_\_\_\_\_ Státní příslušnost: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Místo narození: \_\_\_\_\_

Bydliště ( kontaktní adresa ): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PŠČ: \_\_\_\_\_

kontaktní telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Adresa zaměstnavatele: \_\_\_\_\_

oddělení: \_\_\_\_\_ tel.č.: \_\_\_\_\_ os.č.: \_\_\_\_\_

Žadatel potvrzuje svým podpisem souhlas s tím, aby jeho osobní data byla použita pro účely archivace ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění

Podpis žadatele: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Přílohy k přihlášce:

1. kopie dokladů o vzdělání
2. lékařský posudek