



**PŘIHLÁŠKA**  
do akreditovaného kvalifikačního kurzu  
**OŠETŘOVATEL**

**Příjmení a jméno:**..... **Titul:**.....

Datum narození:.....Místo narození:.....Státní příslušnost:.....

Trvalé bydliště:.....PSČ:.....Tel:.....

Pracovní zařazení:.....

Zaměstnavatel:.....

Kontaktní adresa

.....

**Lékařské potvrzení, že je žadatel schopen kurz absolvovat:**

**Očkování** proti virové hepatitidě B ukončeno dne:.....

1. dávka..... 2. dávka ..... 3. dávka .....

(očkování je podmínkou k zařazení do kurzu a absolvování povinné praxe, v době přijetí nutná alespoň 2.dávka)

**Žadatel je zdravotně způsobilý k absolvování kurzu a k výkonu povolání ošetřovatele**  
(razítko a podpis lékaře)

Datum: ..... ..

Podmínkou přijetí do kurzu je dovršení 18 ti let věku a úspěšné ukončení 3 letého učebního oboru.

**Účastnický poplatek ( 34.500,-Kč)** za kurz se hradí nejpozději týden před zahájením kurzu.  
(v případě předčasného ukončení kurzu nebude poplatek vrácen; platba bude provedena na základě faktury vystavené ekonomickým odborem SZŠ samoplátcí.

V.....dne..... podpis:.....

**Příhlášku zasílejte na adresu:**

Střední zdravotnická škola, Ruská 2200/ 91, 100 00 Praha 10, Mgr.Taťána Janošová