



ŽÁDOST O PRODLOUŽENÍ OSVĚDČENÍ K VÝKONU ZDRAVOTNICKÉHO POVOLÁNÍ BEZ ODBORNÉHO DOHLEDU

Důležité upozornění: Jedna žádost slouží k vydání osvědčení k výkonu jednoho zdravotnického povolání. V případě žádosti o vydání osvědčení k výkonu více zdravotnických povolání je nutné podat pro každé povolání samostatnou žádost včetně správního poplatku. Doklady není nutné zasílat duplicitně.

Místo pro nalepení
kolku
500 Kč

ČÍSLO REGISTRACE

Vyplňte, prosím!

Příjmení, jméno, titul:

Marie Nováková

dřívější příjmení¹⁾

Dvořáková

Adresa zaměstnavatele

název **Marie Nováková**

ulice a popisné číslo **Okrajová 35**

město (obec) **Horní-Dolní** PSČ **111 11**

IČO **XYZZZXXX**

Telefon **XYZ XYZ XYZ**

e-mail kontakt **m.novakova@seznam.cz**

Adresa trvalého bydliště

ulice a popisné číslo **Koncová 53**

město (obec) **Horní-Dolní** PSČ **111 11**

Telefon/mobil **XYZ XYZ XYZ**

e-mail kontakt @

Adresa pro doručování písemností (pokud se liší od adresy bydliště)

ulice a popisné číslo

město (obec) PSČ

Pracovní zařazení : majitel zubní laboratoře

¹⁾ Uveďte rodné příjmení, popř. všechna Vaše další dřívější příjmení



Nejvyšší dosažené vzdělání v roce²⁾:

vyšší odborné vysokoškolské Bc. Mgr. Ing. Doktorský titul

Další navazující studium³⁾

vyplňte a zaškrtněte

v oboru

v roce

ve státě

na škole (název školy)

v oboru

v roce

ve státě

na škole (název školy)

-
- na vyšší zdravotnické škole
 na vysoké škole
 ve specializačním vzdělávání

Zaškrtněte povolání, pro které žádáte vydat osvědčení k výkonu bez odborného dohledu⁴⁾
(zaškrtněte)

<input type="checkbox"/> všeobecná sestra (§ 5)	<input type="checkbox"/> farmaceutický asistent (§ 19)
<input type="checkbox"/> porodní asistentka (§ 6)	<input type="checkbox"/> biomedicínský technik (§ 20)
<input type="checkbox"/> ergoterapeut (§ 7)	<input type="checkbox"/> biotechnický asistent (§ 20a)
<input type="checkbox"/> radiologický asistent (§ 8)	<input type="checkbox"/> radiologický technik (§ 21)
<input type="checkbox"/> zdravotní laborant (§ 9)	<input type="checkbox"/> adiktolog (§ 21 a)
<input type="checkbox"/> zdravotně-sociální pracovník (§ 10)	<input type="checkbox"/> klinický psycholog (§ 22)
<input type="checkbox"/> optometrista (§ 11)	<input type="checkbox"/> klinický logoped (§ 23)
<input type="checkbox"/> ortoptista (§ 12)	<input type="checkbox"/> zrakový terapeut (§ 23 a)
<input type="checkbox"/> asistent ochrany a podpory veřejného zdraví (§ 13)	<input type="checkbox"/> fyzioterapeut (§ 24)
<input type="checkbox"/> ortotik-protetik (§ 14)	<input type="checkbox"/> radiologický fyzik (§ 25)
<input type="checkbox"/> nutriční terapeut (§ 15)	<input type="checkbox"/> odborný pracovník v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků (§ 26)
<input checked="" type="checkbox"/> zubní technik (§ 16)	<input type="checkbox"/> biomedicínský inženýr (§ 27)
<input type="checkbox"/> dentální hygienistka (§ 17)	<input type="checkbox"/> odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví (§28)
<input type="checkbox"/> zdravotnický záchranář (§ 18)	

²⁾ Vyplňte pouze v případě odlišnosti od skutečností uvedených při první registraci.

³⁾ Vyplňte pouze v případě odlišnosti od skutečností uvedených při první registraci.

⁴⁾ Uved'te odpovídající odbornost podle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších právních předpisů.



Upozornění: Žádost prosím vyplňte čitelně, hůlkovým písmem. Nesprávně, neúplně nebo nečitelně vyplněná žádost bude vrácena k doplnění.

Přílohy⁵⁾ – (zaškrtněte přílohy, které k žádosti dokládáte):

- úředně ověřené doklady, které dokládají absolvování dalšího navazujícího studia (např. diplom absolventa VOŠ a vysvědčení o absolutoriu, doklad o absolvování specializačního vzdělávání- diplom o atestační zkoušce, diplom a vysvědčení o státní zkoušce nebo diplom a dodatek diplomu)
- potvrzení o výkonu povolání (5. strana formuláře žádosti) – lze rovněž doložit úředně ověřenou kopii dokladu o pracovním poměru

pozn. : Zaměstnanci doloží vyplněné potvrzení, které je součástí této žádosti, potvrzené zaměstnavatelem, OSVČ doloží potvrzení vystavené sami sobě –nemusí být úředně ověřeno- společně s registrací nestátního zdravotnického zařízení (nebylo-li již dodáno k první registraci) –**součástí této žádosti je prohlášení o správnosti a pravdivosti údajů, za které nesete právní zodpovědnost!!!!**

- doklad o absolvovaných vzdělávacích aktivitách (6. strana formuláře žádosti) včetně prostých kopií dokladů potvrzení o účasti na jednotlivých formách celoživotního vzdělávání

pozn. : Vyplněný seznam absolvovaných vzdělávacích akcí, který je součástí této žádosti - akce nesmí být starší šesti let. Zaměstnancům potvrdí tento seznam zaměstnavatel. OSVČ doloží seznam potvrzený sami sobě - **součástí této žádosti je prohlášení o správnosti a pravdivosti údajů, za které nesete právní zodpovědnost!!!!** K seznamu se dokládá okopírovaný index včetně úvodní strany se jménem, (lze poslat i originál, ale z bezpečnostních důvodů se doporučuje prostá kopie). Pokud nemáte akci zapsanou v indexu, stačí přiložit prostou kopii potvrzení o absolvování dané aktivity – např. potvrzení školy o vedení odborné praxe studenta.

- doklad o úspěšném složení zkoušky, kterou se ověřuje způsobilost k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (*pouze u těch žadatelů, kteří nedokládají potvrzení o absolvovaných vzdělávacích aktivitách nebo nemohou prokázat výkon zdravotnického povolání v období posledních 6-ti let*)
- osoby samostatně výdělečně činné nebo vlastníci živnostenského listu doloží výkon zdravotnického povolání úředně ověřenou kopií registrace nestátního zdravotnického zařízení (dále jen NZZ) nebo živnostenského listu.
Pozn. : není nutné, **bylo-li součástí první žádosti o registraci a stav věci se nijak neměnil. Pokud došlo ke změně, je třeba poslat ověřenou kopii s nově znějícími údaji.**

Poučení:

V souladu s ustanovením § 38 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů, mají účastníci a jejich zástupci právo nahlížet do spisu. S právem nahlížet do spisu je spojeno právo činit si výpisy a právo na to, aby správní orgán pořídil kopie spisu nebo jeho části. Právo nahlédnout do spisu a další práva s tím spojená se uplatňují vůči tomu správnímu orgánu, který se spisem aktuálně disponuje.

⁵⁾ Doložte přílohy, které ukládá zákon č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších právních předpisů, včetně příloh vyjmenovaných na této straně žádosti.



Veškeré údaje jsou zpracovány pro účely Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání, který mj. umožňuje sledování počtů zdravotnických pracovníků a jejich celoživotního vzdělávání. S těmito údaji bude nakládáno pouze způsobem odpovídajícím příslušným ustanovením zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů. K Vaším osobním údajům budou mít přístup pouze oprávněné osoby vázané mlčenlivostí.

Tímto výslovně prohlašuji, že souhlasím se zpracováním mnou poskytnutých osobních údajů pro účely této žádosti Ministerstvem zdravotnictví, jakož i s tím, že mé osobní údaje mohou být poskytnuty třetím osobám, a to v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění.

Prohlašuji, že všechny uváděné údaje a přiložené doklady k této žádosti jsou správné, úplné a zakládají se na pravdě.

Jméno a příjmení (čitelně): Marie Nováková	Podpis:	Datum: x.y.zzzz	Místo: Horní -Dolní
---	----------------	----------------------------------	--------------------------------------

Prohlašuji, že zmocňuji níže uvedenou osobu, aby mne zastupovala a jednala mým jménem ve věci vyřízení mé žádosti o prodloužení platnosti osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. V případě, že si nepřejete, aby byly Vaše údaje sdělovány jiné osobě, níže uvedené položky nevyplňujte.

Kontaktní osoba: vyplňte pouze v případě, že souhlasíte s poskytováním údajů o Vaší žádosti další osobě

Příjmení, jméno, titul:

Telefon/mobil:

e-mail kontakt: @

Jméno a příjmení (čitelně):	Podpis:	Datum:	Místo:
------------------------------------	----------------	---------------	---------------

Poznámka:

O zapsání do výše citovaného registru zdravotnický pracovník již nežadá, po vydání osvědčení bude automaticky do registru zapsán a tedy oprávněn používat označení "Registrovaný/á".

- **Žádost s příloženými doklady zasílejte na adresu:**

**Ministerstvo zdravotnictví
Uznávací jednotka Brno**

ČR- Ministerstvo zdravotnictví
Odbor VZV, oddělení VZV/2- detašované pracoviště: Uznávací jednotka Brno, Vinařská 6, 603 00 Brno
tel.: +420 543 559 553, 555 a 556, e-mail: vzv@mzcr.cz, www.mzcr.cz



”REGISTRACE”

Vinařská 6
603 00 Brno

**Potvrzení personálního oddělení o výkonu zdravotnického povolání z období
posledních 6 let⁶⁾**

Potvrzujeme, že pan/paní: ... Marie Nováková.....
naroden/a (datum):.....v (obec):.....
pracuje v naší organizaci od: 1.5.1993.....do: ...dosud.....
jako: ...zubní technik.....v úvazku: ...OSVČ.....

Dále potvrzujeme, že jmenovaný/á byl/a zaměstnaný/á v organizaci¹⁾ - viz. pokyny k vyplnění

- 1) organizace:.....X.....od:.....do:.....jako:.....v úvazku:.....
2) organizace:.....od:.....do:.....jako:.....v úvazku:.....
3) organizace:.....od:.....do:.....jako:.....v úvazku:.....

Výpis pracovní neschopnosti²⁾.....X.....

Výpis mateřské dovolené³⁾: (1. dítě).....X.....

(2. dítě).....

další děti:.....

Pokyny k vyplnění:

1. Proškrtněte v případě absence těchto údajů.
2. U výpisu pracovní neschopnosti uvádějte pouze pracovní neschopnost delší než 6 měsíců.
3. Uveďte pouze dobu mateřské dovolené matky (rodičovské dovolené otce), nikoliv dobu následné rodičovské dovolené.
4. U OSVČ je nutné přiložit k tomuto vyplněnému potvrzení úředně ověřenou kopii o registraci nestátního zdravotnického zařízení nebo živnostenského listu.

Marie Nováková – vlastnoruční podpis

razítko vlastní laboratoře

.....
Podpis odpovědného pracovníka
oddělení

.....
Razítko personálního oddělení personálního
oddělení

.....
Jméno a příjmení (čitelně) odpovědného pracovníka personálního oddělení včetně telefonního čísla

⁶⁾ Období předchozích 6 let se započítává od data podání žádosti. Podání je učiněno dnem, kdy došlo správnímú orgánu (MZ ČR).

DOKLAD O ABSOLVOVANÝCH VZDĚLÁVACÍCH AKTIVITÁCH ŽADATELE/ŽADATELKY¹⁾

datum	typ dalšího vzdělávání, název akce	počet kreditů ²⁾		
13.5.2005	Školící akce/ Bezpečnost a ochrana zdraví při práci v zubní laboratoři SZT-P	1	nově	3
13.5.2005	Školící akce-požární ochrana v zub.lab. /SZT-P	1	nově	3
14.5.2005	Estetika front. A postr. úseku, anatomická stratifikace / SZT-P	1	nově	3
24.6.2005	Kurz-Aktuální změny v oboru zub.technik, Praktický seminář v tvorbě kalkulací /NCO NZO	1	nově	3 1
19.-20.5.2006	Mezinárodní kongres Technikdent 2006 /SZT-P	8	nově	10
27.10.2006	Školení : Marketing v zubní laboratoři Efektivní komunikace s lékaři /SZT-P	1 1	nově nově	3 3
5.12.2006	Konference – materiál Spofa-Dental /DVD Ústí nL	3	nově	4
19.4.2007	Školení – Týden Interdentu Vita /Interdent Týden Interdentu Edenta	1 1	nově nově	3 3
18.-19.5.2007	Mezinárodní kongres Technikdent 2007 /SZT-P	8	nově	10
	<p style="color: red;">Pozn. : uplatněte pouze jen mírný nadpočet bodů než vyžaduje vyhláška, přebytečné body můžete uplatnit při další žádosti o prodloužení, jakmile budete mít nasbíráno dalších 40 bodů a školící akce nebudou starší 6ti let. Osvědčení bude prodlouženo o <u>další šestileté období</u> !!!!!</p> <p style="color: red;">Aby se zabránilo duplicitnímu uplatnění, doporučujeme uplatněné školící akce v indexu označit datem uplatnění!!!!</p>			
	<p style="color: red;">Pozn. 2 : pokud si nejste jisti počtem bodů za jednotlivé akce, nemusíte je vyplňovat, platí ale princip, že v období mezi 20.7.2004 a 31.1.2010 je započítáván počet bodů výhodnější pro žadatele- viz příložená tabulka</p>			

¹⁾ Žadatel/ka (zdravotnický pracovník) o vydání osvědčení vypíše vzdělávací aktivity, které absolvoval/a v posledních 6 letech předcházejících dni podání této žádosti.

²⁾ Minimální počet kreditních bodů za 1 registrační cyklus je 40 kreditů.

!ŽADATEL/ŽADATELKA PŘILOŽÍ PROSTÉ KOPIE POTVRZENÍ UVEDENÝCH AKCÍ!

Upozornění pro zaměstnavatele – při potvrzení prosím nevyplněné řádky proškrtnout z důvodu zamezení dodatečného vpisování údajů.

Razítko zaměstnavatele

..vlastní podpis.....

Podpis vedoucího pracovníka

Pokyny k vyplnění předchozí tabulky

(Doklad o absolvovaných vzdělávacích aktivitách žadatele/žadatelky):

1. Seznam vzdělávacích aktivit potvrdí vedoucí pracovník žadatele/lky. Svým podpisem nadřizený pracovník stvrzuje, že přehled vykázaných vzdělávacích aktivit žadatele/lky ověřil z jeho průkazu odbornosti nebo z originálních dokumentů a odpovídá skutečnosti. Tento seznam doplní žadatel/ka prostými kopiemi potvrzení o účasti na formách celoživotního vzdělávání, které v seznamu uvádí.
2. Ředitel zařízení podepíše výkaz vedoucím pracovníkům.
3. Osoby samostatně výdělečně činné nebo vlastníci živnostenského listu vyplní doklad o absolvovaných vzdělávacích aktivitách (viz 7. strana žádosti) a doloží jej prostými kopiemi potvrzení o účasti na formách celoživotního vzdělávání, které v seznamu uvádí. MZ ČR může v případě pochybností vyžadovat dodatečné předložení originálů nebo ověřených kopií dokladů o účasti na formách celoživotního vzdělávání.
4. Pokud u absolvované vzdělávací aktivity pochybujete o její kreditní hodnotě, hodnotu kreditů nevyplňujte. Po posouzení žádosti odpovědnými pracovníky MZ ČR bude dané vzdělávací aktivitě přiřazena odpovídající hodnota kreditů podle vyhlášky č. 423/2004 Sb.
5. V případě pochybností si odpovědný pracovník MZ ČR vyžádá ověřené doklady a může rovněž v případě potřeby uznat i jiný náhradní důkaz (např. při ztrátě potvrzení o účasti kopii seznamu účastníků, kopii programu, kde je žadatel/ka mezi aktivními účastníky apod.)

6. Publikace článků nebo knih musí být přesně citovány v souladu s platnou normou.
7. Odborné stáže: uvést datum, adresu pracoviště, zaměření stáže (je možné doplnit prostou kopií zápisu v průkazu odbornosti). Při účasti na odborné stáži v zahraničí se za akreditované pracoviště považuje pracoviště schválené pro vzdělávání podle příslušných zahraničních právních předpisů, které je nutné doložit.
8. Výzkum: uvést název a číslo výzkumného úkolu, název grantové agentury, datum jeho dokončení, oponovanou závěrečnou zprávu, potvrzení, zda byl žadatel nositelem grantu, řešitelem, spoluřešitelem.
9. Za metodiku je považován standard nebo nový postup, jehož použití při poskytování zdravotní péče byl schválen ministerstvem nebo jiným ústředním orgánem státní správy. Pro zápočet kreditů za tvorbu metodiky je nutné doložit doklad o schválení vystavený ministerstvem nebo jiným ústředním orgánem státní správy.

Důležitá poznámka : žádost o prodloužení osvědčení musíte poslat nejpozději 60 dní před vypršením data platnosti.

Pokud tento termín z nějakých důvodů nestihnete,

neposílejte již žádost o prodloužení platnosti certifikátu, ale rovnou zažádejte o NOVÝ CERTIFIKÁT.

Starý certifikát být prodloužen nemůže, máte ale možnost získat zcela nový.

V každém případě věnujte pozornost datu platnosti vašeho certifikátu, a raději pošlete žádost ihned jakmile budete mít nasbíraný potřebný počet bodů. Registrační období se nebude o toto předčasné podání krátit.