**PŘIHLÁŠKA**

DO AKREDITOVANÉHO KVALIFIKAČNÍHO KURZU SANITÁŘ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Příjmení a jméno:** | | | |
| **Datum narození:** | | | |
| **Místo narození: Státní občanství:** | | | |
| **Rodné číslo:**  **Telefonní číslo: Email:** | | | |
| **Adresa pro doručování písemností:** | | | |
| ulice, číslo popisné: | | | |
| město (obec): PSČ: | | | |
| **Nehodící se škrtněte:** | | | |
| Jsem zaměstnan/á X nezaměstnan/á | | | |
| Jsem na úřadu práce X nejsem na úřadu práce | | | |
| **Přílohy k přihlášce:** | | | |
| 1 | 1. doklad o ukončení vzdělání |  |  |
|  | 2. zdravotní způsobilost k výkonu povolání sanitář od praktického lékaře |  |  |
| **Podmínky přijetí do kurzu:** | | | |
| 1. ukončené základní vzdělání  2. zdravotní způsobilost  3. dovršení 18 let věku  Ve smyslu zákona č. 110/2019 sb., v platném znění, souhlasím, aby uvedená osobní data byla | | | |
| v Nemocnici Jihlava, p. o. použita pro účely archivace. | | | |
|  | V Jihlavě dne: Podpis žadatele: |  |  |