**ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA**

**do certifikovaného kurzu Mentor klinické praxe ošetřovatelství a porodní asistence**

Jméno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Titul:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zaměstnavatel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Oddělení:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktní adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

K Přihlášce přikládám:

* Úředně ověřenou kopii dokladu o odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry nebo porodní asistentky
* Potvrzení od zaměstnavatele o min. dvouleté praxi u lůžka nemocného

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Přihlášku včetně příloh zasílejte nejpozději do 31. 1. 2020 na adresu:

VOŠZ, SZŠ a OA, Trutnov, Ing. Miluše Matějcová, Procházkova 303, 541 01, Trutnov

* Po obdržení přihlášky včetně požadovaných příloh Vám bude zasláno na výše uvedený email potvrzení o přijetí do kurzu a pokyny k platbě kurzovného.