



PŘIHLÁŠKA

Akreditovaný kvalifikační kurz zubní instrumentárka 2019

Příjmení	
Jméno	
Titul	
Místo narození	
Státní příslušnost	
Rodné příjmení	
Datum narození	
Adresa, PSČ	
e-mail	
telefon	
vzdělání, název školy	
Zaměstnavatel	
Pracovní zařazení	
Plátce (pokud je jiný než žadatel)	
Název, adresa, IČO	
Termín konání kurzu	březen – prosinec 2019

Potvrzení o přijetí do akreditovaného kurzu bude zasláno na Vaší e-mail adresu po obdržení přihlášky a splnění požadavků pro přijetí.

Platba za kurz musí být provedena **nejpozději 5 dnů** před zahájením kurzu.

Příloha 1 Potvrzení lékaře.

V dne.....

Podpis.....



**Potvrzení lékaře
pro vzdělávání v akreditovaném kvalifikačním kurzu
zubní instrumentářka**

Onemocnění a zdravotní obtíže, které dle nařízení vlády č. 211/2010 Sb., v platném znění, vylučují zdravotní způsobilost uchazeče ke vzdělávání:

- prognosticky závažná onemocnění omezující funkce horních nebo dolních končetin (poruchy hrubé i jemné motoriky)
- prognosticky závažná chronická onemocnění kůže a spojivek včetně onemocnění alergických z důvodu nemožnosti vyloučit silné znečištění kůže nebo kontakt s alergizujícími látkami při praktickém vyučování
- prognosticky závažná chronická onemocnění dýchacích cest a plic včetně onemocnění alergických z důvodu nemožnosti vyloučit dráždivé a alergizující látky při praktickém vyučování
- přecitlivělost na alergizující látky používané při praktickém vyučování
- prognosticky závažné poruchy mechanismu imunity
- prognosticky závažné poruchy vidění, zorného pole nebo barvocitu
- závažné duševní nemoci a poruchy chování

K posouzení zdravotního stavu uchazeče je v kompetenci jeho registrujícího praktického lékaře.

Níže jmenovaná/ý je **schopna/schopen vzdělávání a výkonu povolání** v oboru **zubní instrumentářka** a netrpí žádným z výše uvedených onemocnění.

Jméno uchazeče	
Datum narození	
Zdravotní pojišťovna	
Potvrzení o očkování proti virové hepatitidě typu B	
Datum	
Razítko a podpis lékaře:	