

**ŽÁDOST o zařazení do vzdělávacího programu**

**ODBORNÍK ČESKÉ STOMATOCHIRURGICKÉ  
SPOLEČNOSTI**

**Příjmení:** ..... **Titul, věd. hodnost:** .....

**Jméno:** .....

**Datum narození:** ..... **Stát. přísl.:** .....

**Pracoviště žadatele:**

Název: .....

Obec: ..... PSČ: .....

Ulice a číslo: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

**Kontaktní údaje** ( nevyplňujte, pokud jsou **všechny** kontaktní údaje shodné s adresou pracoviště)\_\_\_

Jméno a příjmení: .....

Obec: ..... PSČ: .....

Ulice a číslo: .....

Kontaktní telefon: ..... E-mail: .....

**Vzdělání žadatele:**

Ukončené medicínské vzdělání (název fakulty, místo, rok ukončení): .....

Obor: .....

Ukončené medicínské vzdělání (název fakulty, místo, rok ukončení): .....

Obor: .....

**Specializace:**

Atestace v oboru stomatochirurgie (orální a maxilofaciální chirurgie): .....  
(kopii dokladu o atestaci přiložte jako Přílohu k Žádosti)

Držitel Osvědčení pro vybranou péči ve stomatochirurgii **od:** .....  
(kopii platného Osvědčení pro vybranou péči ve stomatochirurgii přiložte jako Přílohu k Žádosti)

Dosud absolvované praktické stáže v oboru stomatochirurgie (pracoviště, délka stáže, rok konání):

.....  
.....  
.....

.....  
(v případě vyššího počtu vykonaných praktických stáží přiložte Seznam stáží jako Přílohu k Žádosti)

**Členství v odborné společnosti:**

Název: **Česká stomatochirurgická společnost**  
Datum zápisu: .....

Název: .....  
Datum zápisu: .....

Název: .....  
Datum zápisu: .....

Žádám o zařazení do odborné přípravy v rámci vzdělávacího programu Odborník ČSCHS. Souhlasím s náplní vzdělávacího programu Odborník ČSCHS, zavazuji se plnit povinnosti z ní vyplývající. Prohlašuji, že splňuji všechny podmínky stanovené ČSCHS.

V ..... dne .....

.....  
Podpis žadatele

## ODBORNÝ GARANT

**Příjmení:** ..... **Titul, věd. hodnost:** .....

**Jméno:** ..... .....

### **Pracoviště odborného garanta:**

Název: .....

Obec: ..... PSČ: .....

Ulice a číslo: .....

Kontaktní telefon: ..... Kontaktní e-mail: .....

### **Specializace:**

Atestace v oboru stomatologie (orální a maxilofaciální chirurgie): .....  
(kopii dokladu o atestaci přiložte jako Přílohu k Žádosti)

Držitel Osvědčení pro vybranou péči ve stomatologii **od:** .....  
(kopii platného Osvědčení pro vybranou péči ve stomatologii přiložte jako Přílohu k Žádosti)

Držitel Osvědčení Odborník České stomatologické společnosti: .....

### **Souhlas odborného garanta:**

Souhlasím s převzetím odborné garance nad přípravou žadatele v rámci vzdělávacího programu Odborník ČSCHS.

V ..... dne .....

.....  
Podpis odborného garanta

*Vyplní výbor České stomatologické společnosti*

**Žádost přijata dne: .....**

**Administrativní poplatek uhrazen dne: .....**

**Projednáno výborem ČSCHS: .....**

**Rozhodnutí výboru ČSCHS: .....**

.....  
**Předseda výboru ČSCHS**