**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 vzdělání2. zdravotní způsobilost3. dovršení 18 let věkuVe 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: |  |  |