

Klinika rehabilitačního lékařství 3.LF a FNKV,

Šrobárova 50, 100 34 Praha 10



Přihláška do certifikovaného vzdělávacího kurzu

Rehabilitační ošetřovatelství v neurorehabilitaci

PŘÍJMENÍ:

JMÉNO:

TITUL:

Datum narození:

Místo narození:

Rodné číslo:

Státní příslušnost:

Kontaktní e-mail:

Kontaktní telefon:

Adresa pro korespondenci:

.....

PRACOVISTĚ – název a adresa zdravotnického zařízení včetně kliniky, ev. oddělení:

.....

.....

Aktuální pracovní pozice (zaškrtněte a doplňte)

☐ Sestra u lůžka

☐ Ambulantní sestra

☐ Staniční sestra

☐ Vrchní sestra ☐ Jiné

Délka praxe (zaškrtněte)

☐ 3 – 5 let

☐ 5 – 10 let

☐ více než 10 let

Nejvyšší ukončené vzdělání (zaškrtněte a doplňte)

☐ SZŠ ukončená maturitou

☐ Vyšší odborné vzdělání (DiS)

☐ Vysokoškolské bakalářské (doplňte obor).....

☐ Vysokoškolské magisterské (doplňte obor).....

☐ Jiné (včetně specializace).....

Závazně se přihlašuji do Certifikovaného kurzu „Rehabilitační ošetřovatelství v neurorehabilitaci“.

Vyjádření a souhlas zaměstnavatele, razítko a podpis odpovědné osoby*

*hlavní sestra/vrchní sestra

Žadatel/ka současně potvrzuje svým podpisem souhlas se zpracováním poskytnutých osobních údajů pro účely této žádosti a archivace, a to v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění.

Datum:.....

Podpis žadatele:.....

Scan vyplněné a podepsané závazné přihlášky zašlete na email: tereza.rychtarikova@fnkv.cz do 16.1.2026

Vyplňuje pracovník *Kliniky rehabilitačního lékařství FNKV*

Žádost doručena dne:	
Žadatel zařazen do studia dne:	
CK absolvoval(a) v době od do a splnil(a) všechny požadavky stanovené vzdělávacím programem.	
Datum:	Podpis garanta:
Závěrečná zkouška vykonána dne:	
Číslo osvědčení:	Podpis absolventa kurzu:
Datum předání:	
Poznámka:	