**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ FINANČNÍCH PROSTŔEDKŮ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identifikace žadatele** | |
| Jméno a příjmení: |  |
| Trvalý pobyt: |  |
| Státní příslušnost: |  |
| datum narození: |  |
| Telefon/mobilní telefon: |  |
| E-mail: |  |
| doba, na kterou jsou finanční prostředky požadovány  (počet kalendářních měsíců, na který jsou finanční prostředky považovány) |  |
| Datum zahájení specializačního vzdělávání u Akreditovaného zařízení: |  |
| Předpokládané ukončení specializační přípravy: |  |
| Obor specializačního vzdělávání, kterého se žadatel účastní |  |
| Číslo účtu pro zaslání finančních prostředků: |  |
| **Identifikace Akreditovaného zařízení** | |
| Název Akreditovaného zařízení:  (dle obchodního rejstříku o PO nebo jméno a příjmení u OSVČ) |  |
| Sídlo/adresa: |  |
| IČO: |  |
| Osoba oprávněna jednat za Akreditované zařízení |  |
| Místo poskytování zdravotních služeb: |  |
| Telefon/mobilní telefon: |  |
| E-mail: |  |
| Obor specializačního vzdělávání, pro který je udělena akreditace podle zákona č. 95/2004 Sb.: |  |
| Číslo účtu pro zaslání finančních prostředků: |  |
| **Prohlášení k ochraně osobních údajů**  Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje uvedené v tomto formuláři a v přílohách k němu odevzdaných pro účely poskytování podpory byly zpracovány při vyřizování mé žádosti a uchovány pro potřeby Kraje Vysočina v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Osobními údaji, na něž se vztahuje tento souhlas, jsou osobní údaje uvedené v této žádosti (příp. jejích přílohách), tedy zejména jméno a příjmení rezidenta, datum narození, adresa bydliště. Souhlas se poskytuje za účelem vyhodnocení formuláře žádosti o podporu a rozhodování o poskytnutí podpory, a to na dobu nezbytně nutnou k vyřízení žádosti o podporu.  Podání žádosti o podporu akreditovaným zařízením se považuje za návrh na uzavření smlouvy ve smyslu § 5 odst. 2 písm. b) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění. | |
| Podpis žadatele: |  |

Povinné přílohy žádosti:

1. Platný doklad o akreditaci Akreditovaného zařízení v souladu s § 13 a následujících zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů,
2. Pracovní smlouva mezi Akreditovaným zařízením a žadatelem uzavřená na minimálně polovinu stanovené týdenní pracovní doby,
3. Vzdělávací plán žadatele specializačního vzdělávání v souladu s vyhláškou č. 185/2009 Sb. pro specializační přípravu na atestaci všeobecné praktické lékařství a pediatrie.