Příloha č. 1 k Podmínkám pro poskytování motivačních příspěvků Karlovarského kraje určených na podporu specializačního vzdělávání k výkonu zdravotnického povolání lékaře v oborech všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost/pediatrie

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ MOTIVAČNÍHO PŘÍSPĚVKU Z ROZPOČTU KARLOVARSKÉHO KRAJE - ODBOR ZDRAVOTNICTVÍ**

**na podporu specializačního vzdělávání k výkonu zdravotnického povolání lékaře v oborech všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost/pediatrie**

Pro rok/ roky: od............do…………

(jedná se o roky, ve kterých bude probíhat specializační vzdělávání účastníka vzdělávání)

***Údaje o žadateli (akreditovaném zařízení dle zákona č. 95/2004 Sb.):***

|  |  |
| --- | --- |
| **Název žadatele** (dle OR u právnických osob atd.) |  |
| **Sídlo / adresa****(**dle OR u právnických osob atd.) |  |
| **Právní forma žadatele** |  |
| **IČO** |  |
| **Plátce DPH** (nehodící se škrtněte) | ***ANO / NE*** |
| **DIČ** |  |
| **Telefon / mobilní telefon** |  |
| **E-mail** |  |
| **Statutární orgán/zástupce**(osoba zastupující žadatele – jméno, příjmení, titul, funkce- právní důvod zastoupení) |  |
| **Osoba odpovědná za** **žádost o příspěvek**(případně doplnit pracovní pozici, včetně adresy a telefonu) |  |
| **Bankovní spojení**(číslo účtu, název banky) |  |
| **Požadovaná částka z rozpočtu kraje****pro žadatele***nehodící se škrtněte\** | **pro obor VPL\*: 10 000 Kč měsíčně,** *v souladu s podmínkami Karlovarského kraje na podporu specializačního vzdělávání k výkonu zdravotnického povolání lékaře v oborech všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost/pediatrie v Karlovarském kraji* **pro obor PLDD/PD\*: 20 000 Kč měsíčně,** *v souladu s podmínkami Karlovarského kraje na podporu specializačního vzdělávání k výkonu zdravotnického povolání lékaře v oborech všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost/pediatrie v Karlovarském kraji*  |
| **Obor specializačního vzdělávání, pro který je udělena akreditace v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb.** |  |
| **Podpis (razítko) žadatele – statutárního zástupce, popř. osoby oprávněné zastupovat subjekt-**  | ***Jméno a příjmení:*** |
| ***Podpis a razítko:*** |

***Údaje o účastníkovi specializačního vzdělávání***

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení, trvalé bydliště** |  |
| **Státní příslušnost** |  |
| **Telefon/ mobilní telefon:** |  |
| **E-mail**  |  |
| **Bankovní spojení**(číslo účtu, název banky) |  |
| **Požadovaná částka z rozpočtu kraje****pro účastníka specializačního vzdělávání***nehodící se škrtněte\** | **pro obor VPL\*: 10 000 Kč měsíčně,** *v souladu s podmínkami Karlovarského kraje na podporu specializačního vzdělávání k výkonu zdravotnického povolání lékaře v oborech všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost/pediatrie v Karlovarském kraji* **pro obor PLDD/PD\*: 20 000 Kč měsíčně,** *v souladu s podmínkami Karlovarského kraje na podporu specializačního vzdělávání k výkonu zdravotnického povolání lékaře v oborech všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost/pediatrie v Karlovarském kraji*  |
| **Obor, který bude předmětem specializačního vzdělávání***nehodící se škrtněte\** | ***všeobecné praktické lékařství\*******praktické lékařství pro děti a dorost/pediatrie\**** |
| **Datum zahájení specializačního vzdělávání u akreditovaného zařízení (případně datum zahájení vzdělávání v kvalifikačním kurzu)** |  |
| **Rok předpokládaného ukončení specializačního vzdělávání u akreditovaného zařízení****(případně termín předpokládaného dokončení kvalifikačního kurzu)** |  |
| **Rok, ve kterém má být složena atestace**  |  |
| **Podpis účastníka specializačního vzdělání -**  | ***Jméno a příjmení:*** |
| ***Podpis:*** |

***Seznam povinných příloh žádosti – doloží žadatel = akreditované zařízení:***

|  |
| --- |
| 1. platný doklad o akreditaci zařízení v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb., popř. doklad o udělení prodloužení akreditace
 |
| 1. pracovní smlouva mezi akreditovaným zařízením a účastníkem specializačního vzdělávání, uzavřená na minimálně dobu délky specializačního vzdělávání účastníka, případně na dobu neurčitou a na minimálně polovinu stanovené týdenní pracovní doby (20 hodin týdně)
 |
| 1. vzdělávací plán účastníka specializačního vzdělávání v souladu s platnou legislativou pro specializační vzdělávání v oboru VPL a PLDD či PD, případně rozpis praktické a teoretické části kvalifikačního kurzu (rozpis stáží a kurzů včetně plánovaných termínů a míst konání)
 |
| 1. přihláška ke specializačnímu vzdělávání (potvrzení Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví či potvrzení lékařské fakulty o zařazení do specializačního vzdělávání v oboru pediatrie), v případě kvalifikačního kurzu přihláška ke vzdělávání v kvalifikačním kurzu
 |
| 1. vysokoškolský diplom účastníka vzdělávání, v případě kvalifikačního kurzu také doklad o atestaci v oboru dětské lékařství
 |
| 1. čestné prohlášení o vyrovnání veškerých splatných dluhů a závazků žadatele a účastníka vzdělávání k rozpočtu Karlovarského kraje, pokud byly žadateli a účastníku vzdělávání poskytnuty finanční prostředky v předešlých letech
 |
| 1. čestné prohlášení o tom, že žadatel (nebo jeho statutární orgán, případně člen statutárního orgánu) a účastník vzdělávání, není pravomocně odsouzen pro úmyslný trestný čin, není v likvidaci nebo není na jeho majetek vyhlášeno insolvenční řízení
 |
| 1. udělení souhlasu poskytovateli motivačního příspěvku k práci s osobními daty účastníka vzdělávání i akreditovaného zařízení
 |

***Datum .......................... ------------------------------------***

 ***Podpis žadatele***