**Autorizované osobě: Střední odborná škola energetická a stavební, Obchodní akademie a**

**Střední zdravotnická škola, Chomutov, příspěvková organizace**

**Na Průhoně 4800, 430 11 CHOMUTOV**

# PŘIHLÁŠKA

**ke zkoušce ověřující dosažení profesní kvalifikace**

(podávaná podle § 17 odst. 3 zákona o uznávání výsledků dalšího vzdělávání)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. Vymezení předmětu přihlášky** | | |
| Podle § 17 odst. 3 zákona č. 179/2006 Sb., o ověřování a uznávání výsledků dalšího vzdělávání a o změně některých zákonů (zákon o uznávání výsledků dalšího vzdělávání), tímto **žádám o ověření (zkouškou) dosažení této profesní kvalifikace:** | | |
| **Kód profesní kvalifikace** | **Název profesní kvalifikace (viz** [**www.narodni-kvalifikace.cz**](http://www.narodni-kvalifikace.cz)**)** | |
| **69-017-M** | **Chůva pro děti do zahájení povinné školní docházky** | |
| **B. Termín konání zkoušky** | | |
| **Zkouška se dle odst. 6 § 17 zákona koná do 3 měsíců od doručení přihlášky ke zkoušce autorizované osobě, nedohodne-li se uchazeč s autorizovanou osobou jinak. V případě, že je v hodnotícím standardu vymezeno období kalendářního roku, kdy může být zkouška provedena, může si uchazeč s autorizovanou osobou dohodnout pro konání zkoušky termín náležející pouze do tohoto období.** | | |
| C. Osobní údaje o žadateli | | |
| Jméno, příp. jména | |  |
| Příjmení | |  |
| **Případný akademický titul a vědecká hodnost** | |  |
| Datum narození / Rodné číslo | | / |
| **Místo narození** | |  |
| Adresa místa trvalého pobytu (včetně poštovního směrovacího čísla) | |  |
| **Adresa pro doručování písemností** (pokud není shodná s adresou místa trvalého pobytu) | |  |
| **E-mailová adresa** | |  |
| **Telefonní číslo/a** | |  |
| **Nejvyšší dosažené vzdělání** | |  |
| **D. Poznámky pro žadatele** | | |
| Vyplněnou přihlášku žadatel o konání zkoušky zašle kterékoliv autorizované osobě, která je uvedena v Národní soustavě kvalifikací, s autorizací pro danou profesní kvalifikaci. | | |
| Informace o schválených standardech a autorizovaných osobách je možno získat na webových stránkách na adrese [**www.narodnikvalifikace.cz**](http://www.narodnikvalifikace.cz)**.** | | |
| **E. Datum a podpis žadatele** | | |
| **Místo, datum vyplnění přihlášky a podpis žadatele** | | |

**ŽÁDOST O PROVEDENÍ PRACOVNĚ LÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY**

**Žádáme o posouzení zdravotní způsobilosti k vykonávané práci u uchazeče o zkoušku z profesní kvalifikace:**

**Chůva pro děti do zahájení povinné školní docházky (Kód: 69-017-M)**

**Titul: Jméno: Příjmení: Rodné číslo:**

**Zdravotní způsobilost je vyžadována.**

(odkaz na povolání v NSP - <http://katalog.nsp.cz/zdravotniPodminky.aspx?kod_sm1=20&id_jp=101722> ).

**Uchazeč musí být bez logopedické vady.**

**Onemocnění omezující výkon typové pozice:**

* Závažná endokrinní onemocnění.
* Duševní poruchy.
* Poruchy chování.
* Závažná psychosomatická onemocnění.
* Epilepsie a jiná záchvatová onemocnění.
* Závažná nervová onemocnění.

Přesné posouzení zdravotního stavu s následným doporučením nebo nedoporučením výkonu této pozice je možné pouze po konzultaci s lékařem.

Na základě provedené prohlídky požadujeme sdělení, kdy byla lékařská prohlídka provedena a zda je uchazeč zdravotně způsobilý vykonávat zkoušku z profesní kvalifikace a povolání:

**Chůva pro děti do zahájení povinné školní docházky (Kód: 69-017-M)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Vyjádření lékaře:**    a) Zdravotně způsobilý(á) b) zdravotně nezpůsobilý(á)  V …………………………dne……………………  Podpis a razítko lékaře:................................................................. |