



**ŽÁDOST O ZAŘAZENÍ DO AKREDITOVANÉHO KVALIFIKAČNÍHO
KURZU ŘIDIČ ZDRAVOTNICKÉ DOPRAVNÍ SLUŽBY**

Příjmení: Jméno: Titul:

Datum narození: Rodné číslo: Místo nar.:

Mobil: E-mail:

Trvalé bydliště:

Ulice: Číslo popisné/číslo orientační: PSČ:

Město: Okres: Stát:

Korespondenční adresa (pokud se liší od trvalého bydliště):

Ulice: Číslo popisné/číslo orientační: PSČ:

Město: Okres: Stát:

Povinné přílohy k přihlášce: kopie dokladu o nejvyšším vzdělání, oboustranná kopie řidičského průkazu, výpis z Rejstříku trestů České republiky, potvrzení registrujícího všeobecného praktického lékaře o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby.

Závaznou přihlášku zaslat poštou odbornému garantovi AKK: Bc. Miloslav Havelka na adresu Československé armády 101, 533 12 Chvaletice nebo naskenovanou včetně příloh na email: vzdelavacikurzy@gmail.com

Beru na vědomí: že o zahájení kurzu budu informován/a na e-mail uvedený v přihlášce

Beru na vědomí: že cena kvalifikačního kurzu je 6.500,- Kč a že tuto částku uhradím předem dle údajů na zaslané faktuře (neplatí v rámci rekvalifikace přes Úřad Práce)

Souhlasím: se zpracováním a uchováváním mnou poskytnutých nezbytných osobních údajů v souladu s právními předpisy o ochraně osobních údajů

Prohlašuji: že veškeré údaje jsem vyplnil/a pravdivě

V:

dne:

podpis: