ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA

ŽÁDOST O UDĚLENÍ FUNKČNÍ LICENCE A POTVRZENÍ O SPLNĚNÍ PODMÍNEK PRO JEJÍ UDĚLENÍ

dle Stavovského předpisu č. 12 ČLK

ŽADATEL - lékař splňující podmínky k vydání funkční licence (vyplní žadatel):

Jméno, příjmení, titul: ……..……..……..…… Datum narození:…….

Rodné event. další příjmení …….. Evidenční číslo lékaře: ……..…

Kontaktní adresa: …….…….…….

tel. č.: …….. e-mail: …….……..……

Žádám o udělení funkčních licencí (kódy) ……..……..……..

V ……..…… dne……..

……
podpis žadatele

ŠKOLITEL, který provedl výuku a přezkoušení žadatele a doporučuje udělení FL (vyplní školitel):

Jméno, příjmení, titul:…..…….…….. Číslo licence školitele: ……

Kontaktní adresa: …….…….……

tel. č.: ……..….. e-mail: …….…….…….

Akreditované školící pracoviště, na kterém byl žadatel školen (vyplní školitel):

Název: ……..…… Číslo diplomu akreditace: ……..

Sídlo: …….……

Vyjádření školitele k léčebným metodám, ve kterých byl žadatel školen (vyplní školitel):

Léčebná metoda	Datum proškolení	Hodnocení školitele

……..……..……
jméno, příjmení, titul statutárního zástupce akreditovaného školícího pracoviště

V …….. dne ……..

..…… ……..……..…….. ……..……
razítko akreditovaného školícího pracoviště podpis školitele podpis statutárního zástupce akreditovaného pracoviště

Poučení: Přílohou žádosti o udělení funkční licence (potvrzení o splnění podmínek pro udělení FL) musí být fotokopie licence školitele a fotokopie dokladu o akreditaci školícího pracoviště. Údaje ve formuláři žádosti musí být vyplněny čitelně.

Vyjádření Představenstva ČLK ke splnění podmínek dle Stavovského předpisu č. 12:

Žadatel splňuje ☐ nesplňuje ☐ podmínky pro udělení funkčních licencí dle SP č. 12

V…… dne……. Podpis……