



Akreditovaný kvalifikační kurz

SANITÁŘ

PŘIHLÁŠKA

Jméno a příjmení:

Datum narození: Rodné číslo:.....

Místo narození: Okres:

Státní občanství:

Bydliště: PSČ:

Telefon: E-mail:.....

Zaměstnavatel:

Pracoviště: Funkce:

V dne

Podpis uchazeče

Při zahájení kurzu účastník předloží:

- 1) Doklad o zaplacení kurzu
- 2) Potvrzení od lékaře o zdravotní způsobilosti
- 3) Zdravotní (očkovací) průkaz – očkování proti hepatitidě typu B