

ŽÁDOST

k Výzvě č. 1/2026 · podpora specializačního vzdělávání v oboru pediatrie

I. IDENTIFIKACE ŽADATELE	
Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa trvalého pobytu	
Kontaktní adresa Vyplňte pouze, je-li odlišná.	
Telefon	
E-mail / datová schránka	
Bankovní spojení (číslo účtu/kód banky):	
Preferovaný způsob komunikace	☐ E-mail ☐ Datová schránka
II. ÚDAJE O SPECIALIZAČNÍM VZDĚLÁVÁNÍ	
Datum zařazení do specializačního vzdělávání	
Akreditované zařízení (zaměstnavatel) IČO, jméno a příjmení / název	
Datum absolvování základního kmene	
Předpokládaný termín získání specializované způsobilosti	
III. PREFEROVANÁ OBLAST VÝKONU POVOLÁNÍ	
Preferovaná oblast (dle Přílohy č. 1 k Výzvě č. 1/2026)	

IV. INFORMACE PRO HODNOCENÍ ŽÁDOSTI

Termín zahájení výkonu povolání lékaře v preferované oblasti po získání specializované způsobilosti	
Předpokládaná forma výkonu	☐ Zaměstnanecký poměr ☐ Založení vlastní praxe
Doplňující informace	☐ Převzetí stávající praxe
Budoucí působení / převzetí praxe je sjednáno nebo projednáváno	☐ ANO ☐ NE
Název poskytovatele zdravotních služeb	
Obec	
Předpokládaná forma spolupráce	

V. DALŠÍ STIPENDIJNÍ NEBO STABILIZAČNÍ PROGRAMY

Čerpáte nebo jste požádal/a o podporu v jiném programu?	☐ ANO ☐ NE
Název programu	
Poskytovatel podpory	
Výše podpory	
Stručný popis závazku	

VI. SEZNAM PŘÍLOH

ANO	K žádosti přikládám
☐	Doklad o zařazení do specializačního vzdělávání v oboru pediatrie
☐	Certifikát o absolvování základního kmene pediatrického
☐	Potvrzení akreditovaného zařízení o výkonu zdravotnického povolání Žadatele na jeho pracovišti dle přílohy č. 4 Výzvy č. 1/2026
☐	Další přílohy

Specifikace dalších příloh

VII. PROHLÁŠENÍ ŽADATELE

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v této Žádosti a jejích přílohách jsou pravdivé, úplné a aktuální. Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s podmínkami Výzvy č. 1/2026 a beru na vědomí, že podmínkou poskytnutí podpory je uzavření smlouvy o poskytnutí finanční podpory s VoZP do 30. 11. 2026.

Prohlašuji, že nemám ke dni podání Žádosti žádnou známou právní ani smluvní překážku, která by mi bránila splnit závazky podle podmínek Programu.

Zavazuji se poskytovat VoZP součinnost potřebnou pro posouzení Žádosti a ověření splnění podmínek Programu.

Jsem si vědom/a, že uvedení nepravdivých, neúplných nebo hrubě zkreslených údajů může být důvodem pro zamítnutí Žádosti, nezařazení do Programu nebo neuzavření smlouvy o poskytnutí finanční podpory.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů v rozsahu nezbytném pro administraci Programu.

Datum:

Podpis Žadatele: