

Výběrové řízení na rezidenční místo

Středisko lékařské péče spol. s r.o., Milady Horákové 116/109, Praha 6

Název a adresa vyhlášovatele s rezidenčním místem

1.rezidenční místo v oboru všeobecné praktické lékařství

Seznam rezidenčních míst včetně oboru specializačního vzdělávání

8.7.2015

10.8.2015

www.svl.cz

*Lhůta pro podání přihlášek - nesmí být kratší než 15 pracovních dní od dne vyhlášení

Milady Horákové 116/109, Praha 6

16000

*Místo pro podání přihlášek

*PSČ

praktickylekar@marjanka.cz

724186728

*Email

*Telefon

Přílohy

Kriteria pro hodnocení uchazeče:

a) zájem o práci v oboru VPL	1-10 bodů
b) zájem o výkon povolání v daném regionu	1-10 bodů
c) předpoklady a znalosti důležité z hlediska VPL	1-10 bodů
d) komunikační schopnosti	1-10 bodů
Celkem:	4-40 bodů

Způsob hodnocení:

PODPRŮMĚRNÉ hodnocení 1-3 body - PRŮMĚRNÉ hodnocení 4-6 bodů - NADPRŮMĚRNÉ hodnocení 7-10 bodů
Stanovuje se pořadí kandidátů podle počtu získaných bodů (minimum 4 - maximum 40 bodů)

Seznam dokladů, které uchazeči přikládají k přihlášce:

- 1) Přihláška do výběrového řízení na místo rezidenta
- 2) Osobní dotazník rezidenta
- 3) Potvrzení o zařazení do oboru VPL (nebo doklad o zaslání žádosti na MZČR)
- 4) Kopie dokladu o získání odborné způsobilosti, specializované způsobilosti nebo zvláštní odborné způsobilosti (pokud ji získal)
- 5) Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání (ne starší 3 měsíců)
- 6) Výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců)
- 7) Přehled odborné praxe

Souhlasím s uveřejněním na www.svl.cz a www.splcr.cz a v dalších médiích a se zpracováním a uchováváním údajů pro zabezpečení komunikace mezi mnou a SVL ČLS JEP, SPL ČR a pro potřeby AK VPL MZČR. Kliknutím na ikonu odeslat bude tento formulář automaticky odeslán na následující adresy: Jiri.Moravek@mzcr.cz, svl@cls.cz, spl@zdravotnictvi.cz. O datu konání výběrového řízení informujte MZČR i písemně: Vytiskněte formulář a zašlete na Ministerstvo zdravotnictví České republiky Palackého náměstí 4, 128 01, Praha 2 Odbor ONP – Výběrové řízení RM

V Praze

07.07.2015

MUDr. Michaela Lašťovičková

*Místo

*Datum

*Podpis

* Položky takto označené jsou povinné.