

Výběrové řízení na rezidenční místo

Lemedika, s.r.o., Harantova 462/56, 397 01, Písek

Název a adresa vyhlášovatele s rezidenčním místem

1.rezidenční místo v oboru všeobecné praktické lékařství

Seznam rezidenčních míst včetně oboru specializačního vzdělávání

13.7.2020

31.8.2020

www.svl.cz, www.splcr.cz

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

Leoše Janáčka 48/2, Písek

39701

*Místo pro podání přihlášek

*PSC

lenka.cizkova@volny.cz

734421659

*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 MZ ČR)	
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 MZ ČR. 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 MZ ČR i písemně: Vytiskněte formulář a zašlete na

Ministerstvo zdravotnictví České republiky Palackého náměstí 4, 128 01, Praha 2 Odbor VPL – Výběrové řízení RM

Písek

12.07.2020

MUDr. Lenka Čížková

*Místo

*Datum

*Podpis

* Položky takto označené jsou povinné.